



Tjeneste-effektivitet i nytt helsebygg – vurdering av ulike alternativer

NOTAT MAI 2026
VINDAFJORD KOMMUNE

OPPDRAGSGIVER: Vindafjord kommune
RAPPORTNUMMER: R100374
RAPPORTENS TITTEL: Tjenesteeffektivitet i nytt helsebygg i Vindafjord
ANSVARLIG KONSULENT: Einar Stephan og Rune Holbæk
DATO: 20.05.2026

Innhold

1	Innledning	3
2	Kunnskapsgrunnlag og utfordringsbilde	4
2.1	<i>Kunnskapsgrunnlag og metodikk</i>	4
2.2	<i>Kartlegging av bruken av sykehjemsplassene i Vindafjord</i>	4
2.3	<i>Framskrivning av behov for sykehjemsplasser fram mot 2050</i>	5
2.4	<i>Regnskapsdata</i>	6
2.5	<i>Kommuneindeksen og finansielle nøkkeltall</i>	6
2.6	<i>Helhetlig boligtrapp som et felles rammeverk for god planlegging</i>	8
2.7	<i>Budsjettmodell for sykehjem og døgnbaserte boligtilbud</i>	9
3	Fire ulike alternativer er vurdert	16
4	Tjeneste-effektiviteten	18
4.1	<i>Fem kvalitative dimensjoner er vurdert</i>	18
4.2	<i>Vurdering av alternativ 0 – videreføring av dagens drift</i>	22
4.3	<i>Vurdering av alternativ 1 – utbygging ved Vindafjordtunet</i>	23
4.4	<i>Vurdering av alternativ 2 – utbygging ved Ølen omsorgssenter</i>	23
4.5	<i>Vurdering av alternativ 3 – nytt samlet sykehjem sentralt i Ølen</i>	24
4.6	<i>Oppsummering av alternativene – tjenesteeffektivitet</i>	24
5	Bemanningseffektiviteten	26
5.1	<i>Dagens situasjon og utfordringsbilde</i>	26
5.2	<i>Bemanningseffektiviteten i tre alternativer</i>	26
5.3	<i>Forventede driftskostnader i nybygg</i>	28
5.4	<i>Utsatt tjenestebehov</i>	29
5.5	<i>Forventede driftseffekter og investeringsnivået må sees i sammenheng</i>	30
5.6	<i>Vurdering påbygg kontra nybygg</i>	31
6	Agenda Kaupangs anbefaling	33

1 Innledning

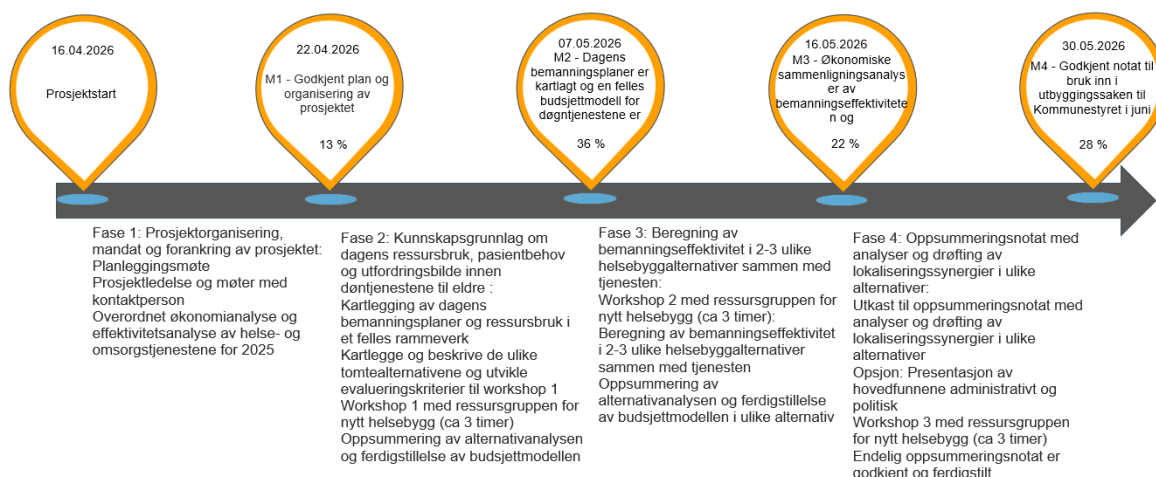
Formål

Hensikten med dette notatet er å se nærmere på forutsetningene for god tjenesteeffektivitet i nytt helsebygg og vurdere tre ulike alternativer opp mot hverandre. Notatet vil være et vedlegg til investeringsaken som skal behandles av kommunestyret i Vindafjord kommune våren 2026.

- ▶ Beskrive dagens tre alternativer for utbygging av heldøgns omsorg fram mot 2040 - hvilke type plasser (mix og antall i 2040)
- ▶ Drøfte styrker og svakheter ved de tre ulike byggealternativene (lokasjonene) og skåre de ulike alternativene basert på tjeneste- og bemanningseffektivitet
- ▶ Oppdatere og korrigere dagens situasjon og optimal bemanningseffektivitet i felles budsjettmodell (pleiefaktor, kompetanse, bemanningsplaner, pasientkategorier, nattbemanning, teknologi, ekstraressurser, ledelse mv.).

Prosjektorganisering og omfang

Agenda Kaupang har i løpet av ca 1 måned våren 2026 gjennomført analysene som er beskrevet i dette notatet.



Figur 1 Prosjektplan med sentrale milepæler for Agenda Kaupangs analysebistand

Prosjektet er gjennomført i tett samarbeid med sentrale ledere i Vindafjord kommune gjennom tre workshoper på 3 timer hver.

- ▶ Fase 1: Prosjektorganisering, mandat og forankring av prosjektet – 13 timer
- ▶ Fase 2: Kunnskapsgrunnlag om dagens ressursbruk, pasientbehov og utfordringsbilde innen døgn tjenestene til eldre – 36 timer
- ▶ Fase 3: Beregning av bemanningseffektivitet i 2-3 ulike helsebyggalternativ sammen med tjenesten – 32 timer
- ▶ Fase 4: Oppsummeringsnotat med analyser og drøfting av lokaliseringssynergier i ulike alternativer – 28 timer

2 Kunnskapsgrunnlag og utfordringsbilde

2.1 Kunnskapsgrunnlag og metodikk

Kunnskapsgrunnlaget i denne rapporten baserer seg stort sett på kvantitative datakilder fra Vindafjord kommune som er bearbeidet av Agenda Kaupang og testet ut i tre workshoper med sentrale ledere i en periode over tre uker i april og mai. Våre viktigste datakilder og verktøy i dette prosjektet er:

- ▶ Kartlegging av antall plasser, type plasser og alderssammensetning
- ▶ Framskrivning av behov og kostnader i 2040 basert på dagens bruk og kostnadsnivå
- ▶ Regnskap 2025 for hele kommunen som viser dagens kostnadsnivå og ressursbruk
- ▶ Budsjettmodell for døgntjenester utviklet av Agenda Kaupang
- ▶ Bemanningsplanverktøy utviklet av Agenda Kaupang
- ▶ Kommuneindeksen 2026 – en overordnet analyse av kostnader og kvalitet innen pleie og omsorgstjenestene og helsetjenestene sammenlignet med gjennomsnittet i andre kommuner

2.2 Kartlegging av bruken av sykehjemsplassene i Vindafjord

Kommunen har gjennomført en kartlegging av faktisk bruk av sykehjemsplassene i Vindafjord i april 2026 ved hjelp av data fra journalsystemet. Totalt hadde Vindafjord på dette tidspunktet 79 sykehjemsplasser i bruk i egenregi ved de to sykehjemmene Vindafjordtunet og Ølen omsorgssenter. 14 av disse plassene ble i april 2026 benyttet som korttidsplasser og 65 plasser er benyttet til langtidsopphold. I tillegg kjøper kommunen fire sykehjemsplasser, to korttidsplasser og to langtidsplasser, hvorav tre av plassene var benyttet i april 2026.

Tabell 1 Bruken av sykehjemsplassene ved Ølen omsorgssenter per 1. april 2026

Status sykehjem Ølen omsorgssenter	<67 år	67-74 år	75-79 år	80-84 år	85-89 år	90-95 år	>95 år	Ledige	I alt
Sykehjem langtid - ordinære plasser (somatikk og demens)	1	1	3	2	6	2			15
Korttid-/rehabiliteringsplasser inkl. USK		2	2	3	5	2			14
Institusjonsplasser Ølen omsorgssenter totalt per 01.04.2026	1	3	5	5	11	4	0	0	29

Tabell 2 Bruken av sykehjemsplassene ved Vindafjordtunet per 1. april 2026

Status Vindafjordtunet (Nedre Vats)	<67 år	67-74 år	75-79 år	80-84 år	85-89 år	90-95 år	>95 år	Ledige	I alt
Sykehjem langtid - ordinære plasser (somatikk og demens)	1	2	0	4	15	14	8		44
Sykehjem langtid - spesialiserte plasser (eks. personer med demens - skjermet/forsterket skjermet)		4	2						6
Institusjonsplasser Vindafjordtunet totalt per 01.04.2026	1	6	2	4	15	14	8	0	50

Tabell 3 Kjøpte sykehjemstilbud per 1. april 2026

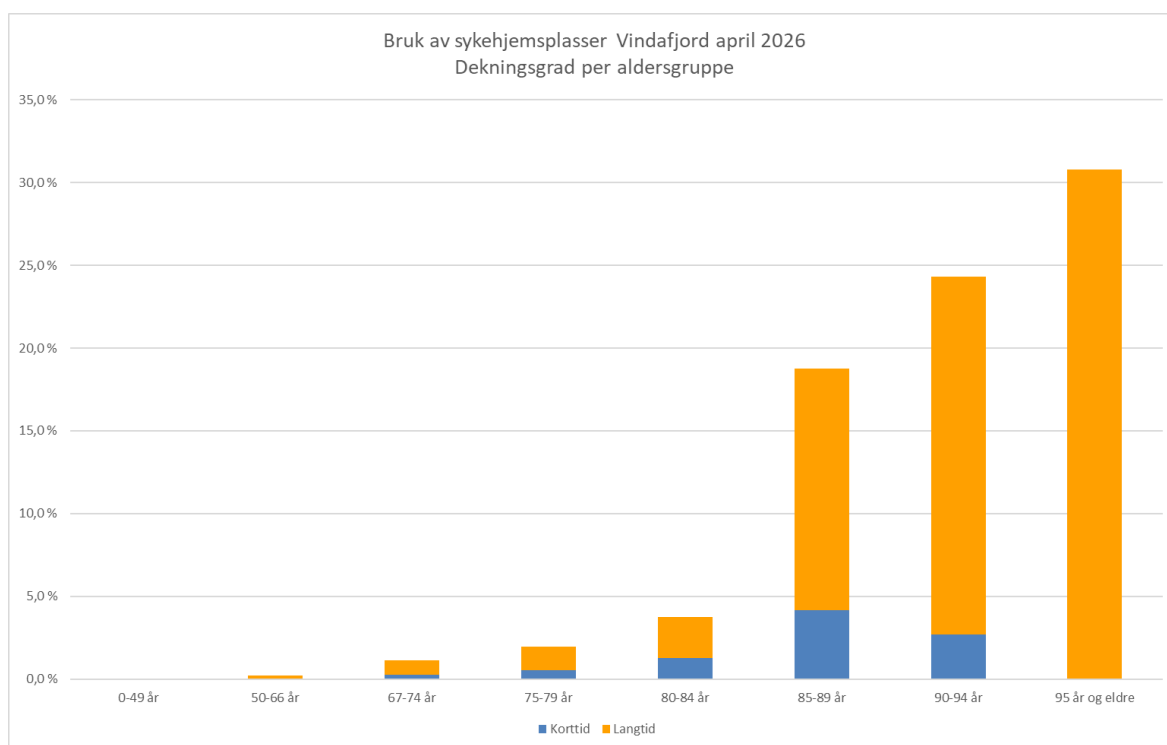
Status kjøp av sykehjemsplasser pr. 01.04.2026	<67 år	67-74 år	75-79 år	80-84 år	85-89 år	90-95 år	>95 år	Ledige	I alt
Sykehjem langtid - spesialiserte plasser (eks. personer med demens - skjermet/forsterket skjermet)	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Korttid-/rehabiliteringsplasser inkl. USK	0	0	0	0	1	0	0	1	2
Institusjonsplasser kjøp totalt per 01.04.2026	2	0	0	0	1	0	0	1	4

Oversikten over alderssammensetningen på beboerne i april 2026, viser at sykehjemsplassene i liten grad ble benyttet av yngre innbyggere og forholdsmessig mer blant eldre innbyggere.

2.3 Framskrivning av behov for sykehjemsplasser fram mot 2050

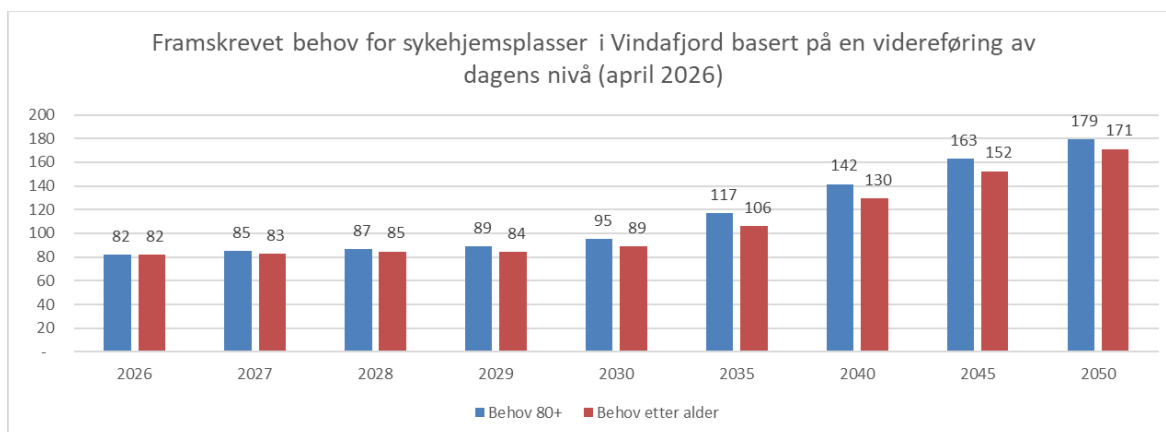
Dette er den virkelige store utfordringen Vindafjord kommune står ovenfor de nærmeste årene. Hvordan møte veksten i behov for de tyngste helse- og omsorgstjenestene i kommunen fram mot 2050.

Hvis vi ser den faktiske bruken sammenlignet med antall innbyggere i de ulike aldersgruppene i kommunen på samme tidspunkt, ser vi at tildelingen av plasser særlig skjer når innbyggerne er over 85 år. Figuren nedenfor viser tydelig at det er få innbyggere i aldersgruppen 80-84 år på sykehjem med en dekningsgrad på ca 4 % av innbyggerne. I aldersgruppen 85-89 år er tilsvarende dekningsgrad over tre ganger så høy med ca 18 % av innbyggerne på sykehjem.



Figur 2 Bruk av plasser til som kort og langtidstilbud per 1. april 2026 i Vindafjord kommune etter alder på beboer i forhold til antall personer med samme alder (Dekningsgrad)

I figuren nedenfor viser vi to ulike metoder for framskrivning av fremtidige behov for sykehjemsplasser i Vindafjord kommune fram mot 2050 dersom kommunen viderefører dagens nivå. I begge beregningsmetodene viser vi et ganske stabilt behov fram til 2030 for deretter å vokse betydelig allerede fra 2035. Foreløpige beregninger er basert på prognoser fra SSB sitt middelalternativ for Vindafjord kommune per juni 2024. Nye oppdaterte demografiske framskrivninger av ulike aldersgrupper er forventet å bli publisert av SSB i juni 2026.



Figur 3 Framskrivning av fremtidige behov for sykehjemsplasser i Vindafjord kommune basert på to ulike framskrivningsmetoder; samme dekningsgrad for alle personer over 80 år (blå søyle, tradisjonell beregning) og metode etter faktisk alder på beboerne (dekningsgrad i framtiden som dekningsgrad vist i figur 1)

Analysen viser veksten i behovet for sykehjemsplasser fram mot 2050 dersom vi viderefører dagens bruk av sykehjemsplasser per aldersgruppe basert på samme dekningsgrad for personer over 80 år som i dag i blå søyle. Dette er den tradisjonelle beregningen som mange kommuner benytter som en overordnet analyse av behovet. Den noe mer nøyaktige framskrivningsmetoden tar utgangspunktet i den reelle bruken av sykehjemsplassene i kommunen, etter faktisk alder på beboerne på et gitt tidspunkt (dekningsgrad vist i figur 1), viser et noe mer moderat vekstbehov i hele perioden fram til 2050.

Hvis Vindafjord kommune i framtiden skal ha muligheten til å tilby sykehjemsplasser på samme nivået som i dag også i framtiden er det liten tvil om at det er behov for å øke kapasiteten i egen regi alternativt kjøpe vesentlig mer plasser enn i dag.

I våre beregninger av de ulike utbyggingsalternativene i Ølen eller i Nedre Vats har vi etter avtale med kommunen tatt utgangspunkt i en kapasitet på 100 plasser med mulighet for døgntjenester, med samme antall sykehjemsplasser og boliger med døgntjenester i alle alternativene.

Dersom denne kapasiteten skal holde lengre enn til 2035 forutsetter dette at veksten i behov for døgntjenester, må løses på en ny og mer innovativ måte i Vindafjord i årene framover. I de ulike byggealternativene har vi derfor forsøkt å se på synergiene lokalsamfunnet og det ordinære boligtilbudet i kommunen kan ha i de ulike utbyggingsalternativene. Det er her de store forskjellene mellom utbyggingsalternativene viser seg, både økonomisk og kvalitetsmessig for flest innbyggere.

2.4 Regnskapsdata

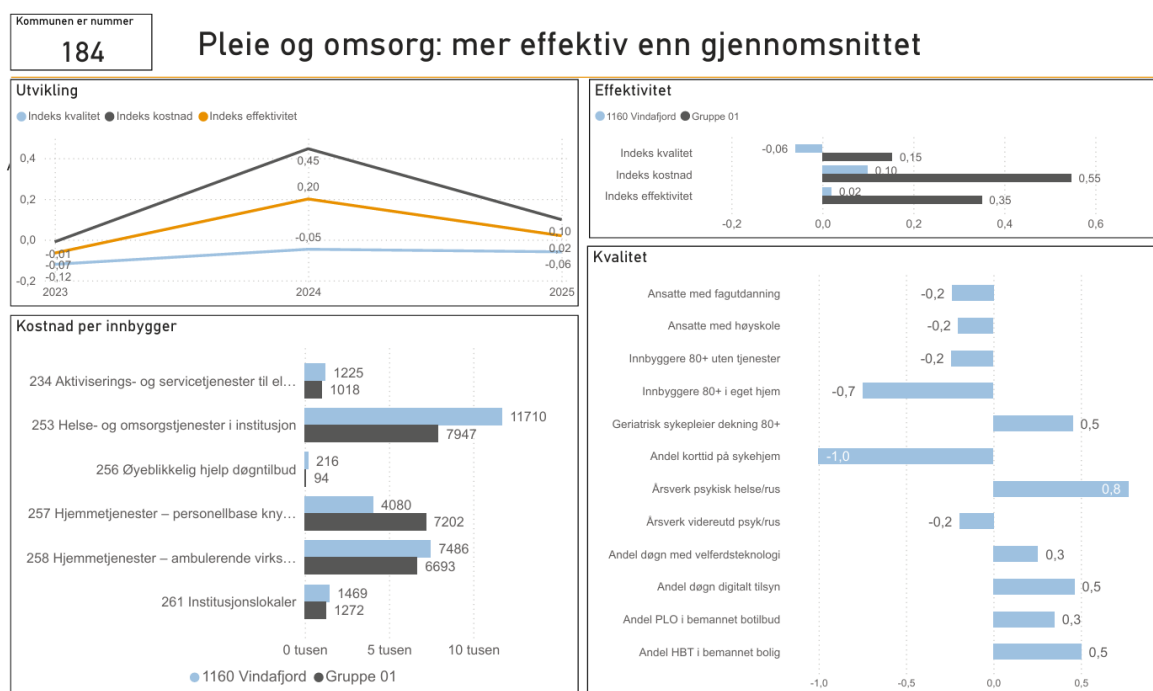
Som del av kartleggingen ble det hentet inn regnskapsdata for hele kommunen for 2025. De økonomiske dataene gir innsikt i dagens ressursbruk og kostnadsnivå, herunder utgifter til kjøp av eksterne botilbud og ressursbruk knyttet til brukere med omfattende behov. Dataene er brukt til å vurdere ressursbruken på de ulike institusjonene og til å beregne effekt av endringer i bemanningsplaner.

2.5 Kommuneindeksen og finansielle nøkkeltall

Kommuneindeksen 2026, utviklet av Agenda Kaupang, er brukt som et sammenligningsgrunnlag for å analysere sammenhengen mellom kostnader og kvalitet innen pleie- og omsorgstjenestene samlet. Indeksen bygger på offentlige tilgjengelige data og gir grunnlag for å vurdere hvordan

kommunene prioriterer ressurser, hvilket kostnadsnivå de har og hvordan dette henger sammen med relevante kvalitetsindikatorer.

Vindafjord har i Kommuneindeksen 2026 Norges 184. mest effektive pleie og omsorgstjeneste. Figuren nedenfor viser utviklingen de siste tre årene hvor kostnadene vokser sammenlignet med landsgjennomsnittet og er betydelig høyere enn gjennomsnittet i kommunegruppe 1 samtidig som kvaliteten er noe svakere enn både kommunegruppen og landsgjennomsnittet. Kommunegruppe 01 består av 40 sammenlignbare kommuner med fra 2000-10000 innbyggere, lave bunde kostnader og lave frie disponible inntekter (korrigerede inntekter).



Nøkkeltallene for Vindafjord innen kvalitetsindikatorerne i Kommuneindeksen 2026

Pleie og omsorg

År	1160 Vindafjord	Gruppe 01
2025		
Andel ansatte med høyskoleutdanning	46,9 %	49,3 %
Andel ansatte med fagutdanning	72,00 %	74,36 %
Andel innbyggere 80+ på institusjon	12,2 %	8,1 %
Andel innbyggere over 80 uten tjenester	29 %	34 %
Geriatrisk sykepleier per 1000 innbygger 80+	43,18	18,41
Andel vedtaksdøgn med velferdsteknologi	61,61 %	61,77 %
Årsverk psykiatri	4,47	2,96
Årsverk psykiatri videreutdanning	2,67	2,54
Andel korttid sykehjem	10,69 %	21,95 %
Andelen døgn med digitalt tilsyn	70,30 %	47,12 %
Andel HBT i bemannet bolig	39,70 %	52,83 %
Andel PLO i bemannet botilbud	67,40 %	69,04 %

Figur 4 Kommuneindeksen 2026 fra Agenda Kaupang innen pleie og omsorg, basert på KOSTRA 2025

I analysegrunnlaget for kvalitetsindikatorerne kan vi i figuren over se Vindafjords absolutte resultater sammenlignet med gjennomsnittet av kommunene i kommunegruppe 01.

Hva er det økonomiske handlingsrommet i Vindafjord?

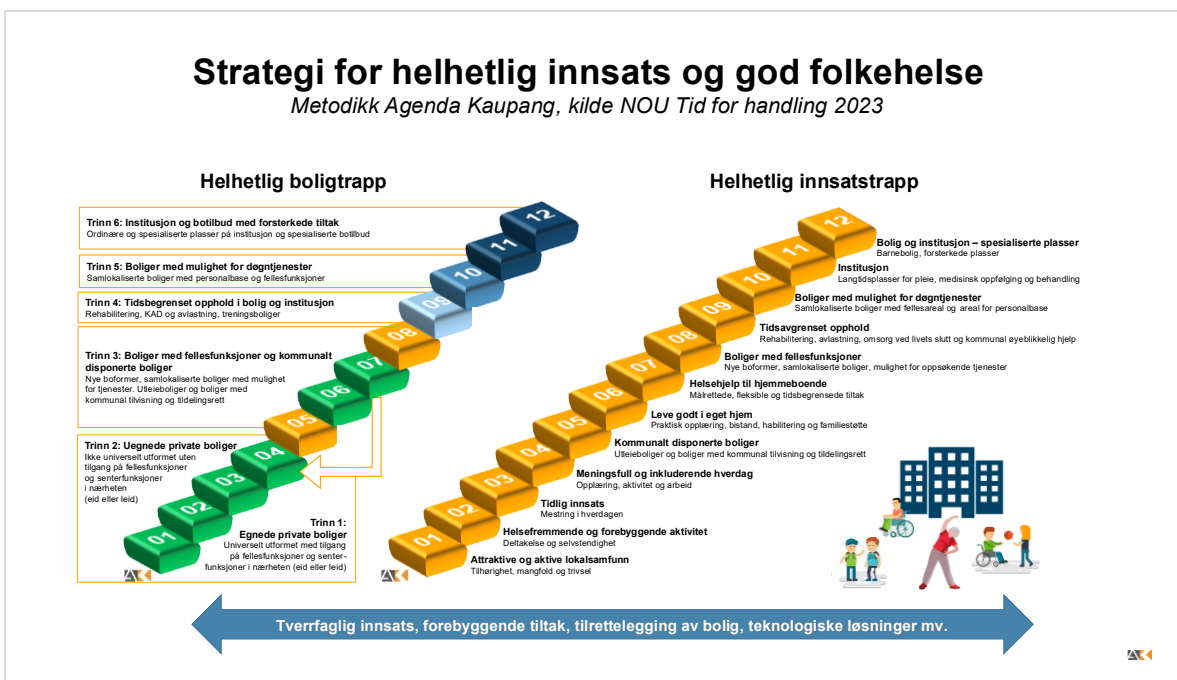
Dersom Vindafjord hadde drevet som gjennomsnittet av kommunegruppe 1 i 2025, ville kommunen ha spart 53 millioner kroner, hvorav 23 mill. kroner av dette teoretiske innsparingspotensialet er innen pleie- og omsorgstjenestene. Videre analyser viser at det er innen sykehjemsdriften Vindafjord har det største innsparingspotensialet i 2025.

Tabell 4 Innsparingspotensialet til Vindafjord sammenlignet med andre relevante kommuner, kilde: Økonomianalysen 2025 Agenda Kaupang, netto driftsutgifter per tjeneste korrigert for utgiftsbehovet til kommunene

Innsparingspotensial sammenliknet med kommunene i utvalget									
Tjeneste	1106 Haugesund	1121 Time	1134 Suldal	1135 Sauda	1146 Tysvær	1149 Karmøy	3220 Enebakk	3236 Jevnaker	Gruppe 01
Administrasjon og Landbruk	19 mill.	23 mill.	-51 mill.	-17 mill.	0 mill.	24 mill.	-12 mill.	4 mill.	3 mill.
Barnehage	6 mill.	10 mill.	-39 mill.	-9 mill.	-7 mill.	0 mill.	14 mill.	-5 mill.	-3 mill.
Barnevern	5 mill.	5 mill.	7 mill.	14 mill.	7 mill.	5 mill.	10 mill.	19 mill.	11 mill.
Bolig	-3 mill.	-1 mill.	-13 mill.	-10 mill.	-2 mill.	-1 mill.	5 mill.	2 mill.	1 mill.
Brann	1 mill.	4 mill.	-17 mill.	-7 mill.	-1 mill.	0 mill.	2 mill.	-1 mill.	-1 mill.
Grunnskole	12 mill.	21 mill.	-12 mill.	8 mill.	-6 mill.	9 mill.	13 mill.	11 mill.	8 mill.
Helse	8 mill.	12 mill.	-10 mill.	-16 mill.	-4 mill.	9 mill.	7 mill.	17 mill.	7 mill.
Kirke	2 mill.	1 mill.	-9 mill.	-2 mill.	-3 mill.	1 mill.	1 mill.	0 mill.	-1 mill.
Kultur	-2 mill.	0 mill.	-68 mill.	-26 mill.	-11 mill.	5 mill.	9 mill.	-4 mill.	4 mill.
Park og samferdsel	0 mill.	-7 mill.	-50 mill.	-11 mill.	-8 mill.	-4 mill.	-3 mill.	-7 mill.	-3 mill.
Plan - forvaltning	5 mill.	3 mill.	-10 mill.	-5 mill.	0 mill.	5 mill.	3 mill.	-1 mill.	1 mill.
Pleie og omsorg	10 mill.	26 mill.	-43 mill.	-37 mill.	-10 mill.	-24 mill.	96 mill.	60 mill.	23 mill.
Sosial	7 mill.	9 mill.	-56 mill.	-8 mill.	-11 mill.	-4 mill.	11 mill.	12 mill.	5 mill.
Totalt	69 mill.	107 mill.	-369 mill.	-125 mill.	-57 mill.	25 mill.	154 mill.	106 mill.	53 mill.

Enebakk, Jevnaker og Time er blant Norges mest kostnadseffektive kommuner i 2025.

2.6 Helhetlig boligtrapp som et felles rammeverk for god planlegging



Figur 5 Felles rammeverk for regional boligutvikling, sammenhengen mellom den helhetlige innsatstrappen og boligtrappen i seks trinn med ulike kjennetegn, modell Agenda Kaupang, kilde NOU-Tid for handling, 2023

Vår faglige tilnærming til utvikling av helse- og omsorgstjenestene er at kommunene i større grad må se tjenester og boligutvikling i sammenheng. Et viktig fundament for å sikre bærekraftige helse- og omsorgstjenester er å sikre en helhetlig boligpolitikk med nok gode og fleksible boligløsninger

på alle nivåer i den helhetlige innsatstrappen. På denne måten vil kommunen kunne legge til rette for at flere innbyggere kan ta gode boligvalg og ta ansvar for å eie eller leie egen bolig gjennom hele livet.

I figuren nedenfor viser vi sammenhengen mellom den helhetlige innsatstrappen og boligtrappen i seks trinn med ulike kjennetegn og en tydeliggjøring av hvor innbyggerne bor når de mottar tjenester på de ulike trinnene i innsatstrappen.

Det har vært et mål at hvert trinn skal vise boliger med ulike egenskaper. Vi anbefaler å bruke inndelingen som et grunnlag for framtidig planlegging av boligbehovet slik at Vindafjord kommune kan planlegge for nødvendige kommunale investeringer for å sikre tilstrekkelig kapasitet framover.

Hvorfor en helhetlig boligtrapp som rammeverk i planleggingen?

Boligtrappen bygger på og fungerer som et supplement til den helhetlige innsatstrappen. Modellen spesifiserer retning for tjenesteutviklingen i Vindafjord kommune for å vurdere og eventuelt kunne oppnå reduksjon av dekningsgrad i boliger med døgntjenester (andel med behov for døgntjenester i tilrettelagte boliger eller institusjon).

- ▶ Gir et **faktagrunnlag for planlegging av framtidig behov** for sykehjem, andre døgntilbud og utleieboliger
- ▶ **Felles rammeverk og strategisk planleggingsverktøy**. Grunnlag for drøftinger og tiltak om behov for endringer i disponeringen av boligmassen nå og i årene framover.
- ▶ Dette gjelder både for **eldre og for andre grupper**
- ▶ **Tverrfaglig samhandling** mellom helse- og omsorgstjenestene og plankompetansen i kommunen
- ▶ Et verktøy når vi skal **bygge ut nye områder**, eller ha **dialog med utbyggere** om behov
- ▶ **Varierte, levende lokalsamfunn**, ikke bare aldersvennlige
- ▶ Kan gi grunnlag for en strategi for hvordan kommunene legger til rette for at **folk tar gode boligvalg**

2.7 Budsjettmodell for sykehjem og døgnbaserte boligtilbud

Til å beregne status ved dagens drift ved de to sykehjemmene i Vindafjord og beregne konsekvenser av de tre ulike nybyggalternativene, benytter vi vår egenutviklede budsjettmodell for sykehjem og døgnbaserte boligtilbud til eldre som vist i figuren nedenfor.

	Totalt plasser			Langtidsplass				Korttidsplass						Boliger med mulighet for døgntjenester				Natt			
	Lang-tid	Kort-tid	HOD	Somatisk/demens	Forsterket skjermet	Psykoogeratrisisk	Skjermet demens	Budsjett langtid	Korttid anna	Korttid behandling	Forsterket plass / utskrentoppklare fra sykehus korttid	Rehabiliteringsplass	Øyeblikkelig hjelp døgnplass	Lindrende	Budsjett korttid	Ambulant omsorgsbolig	Døgndrift ordinær	Døgndrift demens	Budsjett HOD	Bemannings AV	Budsjett natt
Faktisk bruk i dag (andel korttid 17%)	65	14	-	59	0	0	6	-	0	0	15	1	1	-	0	0	0	-	-	-	-
Vektor				100 %	122 %	122 %	110 %		113 %	127 %	135 %	130 %	160 %	141 %		50 %	80 %	180 %			
Prirefaktor 2025 dag/kveld				0,80	0,98	0,98	0,88		0,90	1,01	1,08	1,04	1,28	1,13		0,40	0,64	1,44			
Årsverkskostnad 2025				1 021	1 021	1 021	1 021		1 021	1 021	1 021	1 021	1 021	1 021		1 021	1 021	1 021		1 131	
Felles administrasjon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kortidsavdeling	-	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	-	1	14 956	-	-	-	-	1,3	1 425
Somatisk avdeling	15	-	-	15	-	-	-	12 253	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,4	1 527
Ølen omsorgssenter	15	14	-	12 253	-	-	-	12 253	-	-	-	13 805	-	1 152	14 956	-	-	-	-	2,6	2 952
Felles administrasjon	-	-	-	-	-	-	6	26 629	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,9	3 257
Avdeling for personar med demens	32	-	-	26	-	-	-	14 703	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,6	1 832
Somatisk avdeling	18	-	-	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vindafjordtunet	50	-	-	35 941	-	-	5 391	41 332	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,5	5 090

Modellen baserer seg på en grunnbemanning på dag/kveld gitt en somatisk langtidsplass, definert som en 100 prosent plass, og gir i tillegg rammer for nattevakt, driftskostnader, ledelse og

støtteressurser. Øvre plasser enn somatisk langtidsplass vektet med utgangspunkt i denne typen (vektor).

Lønnsats; Modellen baserer seg på en forventning om 30 prosent ansatte med høyskoleutdanning (nominell gjennomsnittslønn kr 616.277), 60 prosent fagutdannede (nominell gjennomsnittslønn kr 507.547) og 10 prosent uten helsefaglig formalutdanning (nominell gjennomsnittslønn kr 428.278). For dag/kveldsansatte er det lagt til et påslag på 89 prosent til å dekke arbeidsgiveravgift, pensjon, helligdagstillegg, helgetillegg, ferievikarer, sykevikarinndekking, permisjoner med lønn, kompetansetiltak med videre. For nattarbeidene er det benyttet et tillegg på 118 prosent for å dekke de samme postene.

Beskrivelse av de ulike pasientkategoriene i budsjettmodellen

Vindafjord tilbyr i utgangspunktet ulike type behandlingstilbud på sykehjemmene sine, men ikke nødvendigvis alle kategoriene som ligger i budsjettmodellen som et fast etablert tilbud. Dette gjøres for å sikre fleksibilitet i forhold til behov som oppstår. Et eksempel på det kan være ulike type korttidsplasser som rehabilitering og lindrende behandling som tilbys ved behov. Beskrivelsene nedenfor er videreutviklet med utgangspunkt i felles tildelingskriterier for helse- og omsorgstjenester i Gjøvikregionen¹

Pasientkategorier – Langtid

Langtidsplass i sykehjem er en langtid boform med helse- og omsorgstilbud til personer som har varig helsesvikt og omfattende behov for pleie og medisinsk oppfølging. Langtidsbegrepet dekkes i rapporten som somatisk langtid og plasser for personer med demens. Formålet med langtidsplassene er:

- ▶ Å ivareta brukernes grunnleggende behov for heldøgns pleie og omsorg, medisinsk vurdering og behandling, med respekt for det enkelte menneskes egenverd og livsførsel
- ▶ Å gi et samordnet helse-, helse- og omsorgstilbud hvor den enkelte føler trygghet og som ivaretar medvirkning, livskvalitet og rettssikkerhet
- ▶ Å bidra til en aktiv og meningsfylt hverdag for beboerne.

Somatisk langtidsplass: Langtidsplass i institusjon er et varig botilbud for personer med heldøgns helse- og omsorgsbehov. Gjelder plass i sykehjem. Kan også gjelde plass i aldershjem.

- ▶ Lovverk; Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c.
- ▶ Målgruppe: Personer som er varig ute av stand til å ta vare på seg selv og som ikke lenger mestrer dagliglivets gjøremål på grunn av mentalt eller fysisk funksjonstap. Personer som ikke på et forsvarlig nivå får dekket sitt daglige behov for helsetjenester, pleie og omsorg i eget hjem.
- ▶ Kriterier/vurdering: Langtidsopphold i institusjon skal fortrinnsvis være et tilbud til eldre. For yngre personer bør det primært etableres et alternativt tilbud i eget hjem (eksempelvis omsorgsbolig, bofelleskap eller lignende) jmf . Andre relevante tiltak som t.d. tidsbegrenset opphold i institusjon, dagtilbud, utvidet hjemmetjenester og bedre tilrettelegging i hjemmet skal på forhånd være utprøvd og/eller vurdert (BEON) Mistanke om svikt i egenomsorg på grunn av demens, skal være utredet før langtidsplass i sykehjem tilbys. Personer med

¹ https://vestre-toten.kommune.no/f/p1/i6ee77063-6951-43d5-ae6c-c73a2fbd5dd2/regionale-veiledende-felles-tildelingskriterier-for-helse-og-omsorgstjenester-versjon-1.pdf?utm_source=chatgpt.com

diagnosen demens skal fortrinnsvis gis tilbud i skjermet/tilrettelagt sykehjemsplass med mindre det er somatiske helseproblemer som utgjør de største behovene.

- ▶ Det skal innhentes opplysninger fra bruker og fra pårørende/verge etter samtykke. Det må foreligge en dokumentert vurdering inkludert oppdatert IPLOS registrering, fra de aktuelle tjenester dersom søker mottar andre helse og omsorgstjenester. Medisinske opplysninger fra fastlege eller fra spesialisthelsetjenesten innhentes.

Langtidsplass for personer med demens: Skjermet/tilrettelagt institusjonsplass er et varig botilbud for personer med kognitiv svikt og personer med demens og som har behov for heldøgns helse- og omsorg. Kan gjelde plass i sykehjem eller annen institusjon.

- ▶ Lovverket: Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a, annet ledd, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6, bokstav c.
- ▶ Målgruppen: Personer som er varig ute av stand til å ta vare på seg selv og som ikke lenger mestrer dagliglivets gjøremål på grunn av kognitiv svikt (f.eks. personer med demens). Personer som ikke på et forsvarlig nivå får dekket sitt daglige behov for helsetjenester, pleie og omsorg i eget hjem.
- ▶ Kriterier/vurdering: Skjermet institusjonsplass skal fortrinnsvis være et tilbud til eldre personer med demens/kognitiv svikt. For yngre personer skal det søkes å etablere et alternativt tilbud i eget hjem (eksempelvis omsorgsbolig, bofelleskap eller lignende). Andre relevante tiltak som t.d. tidsbegrenset opphold i institusjon, dagtilbud, utvidet hjemmetjenester og bedre tilrettelegging i hjemmet skal på forhånd være utprøvd og/eller vurdert (BEON) Mistanke om svikt i egenomsorg på grunn av demens, skal være utredet før langtids skjermet/tilrettelagt plass i sykehjem tilbys. Det skal innhentes opplysninger fra bruker og pårørende/verge. Det må foreligge en dokumentert vurdering inkludert oppdatert IPLOS registrering, fra de aktuelle tjenester dersom søker mottar andre helse og omsorgstjenester. Medisinske opplysninger fra fastlege eller fra spesialisthelsetjenesten innhentes

Forsterket skjermet langtidsplass: Et varig botilbud for personer med kognitiv svikt og personer med demens med særskilte behov for et forsterket tilbud av heldøgns helse- og omsorgstjenester, særlig knyttet til adferdsutfordringer. Kan gjelde plass i sykehjem eller annen institusjon.

- ▶ Lovverket: Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a, annet ledd, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6, bokstav c.
- ▶ Målgruppen: Personer som er varig ute av stand til å ta vare på seg selv og som ikke lenger mestrer dagliglivets gjøremål på grunn av kognitiv svikt (f.eks. personer med demens). Personer som ikke på et forsvarlig nivå får dekket sitt daglige behov for helsetjenester, pleie og omsorg i eget hjem, og som har behov for særskilt tilrettelagt tilbud og tettere oppfølging enn ordinær skjermet langtidsplass kan gi.
- ▶ Kriterier/vurdering: Forsterket skjermet langtidsplass skal fortrinnsvis være et tilbud til eldre personer med demens med tilleggsutfordringer som atferds- og psykologiske symptomer. Andre relevante tiltak som t.d. tidsbegrenset opphold i institusjon, dagtilbud, utvidet hjemmetjenester og bedre tilrettelegging i hjemmet skal på forhånd være utprøvd og/eller vurdert (BEON) Mistanke om svikt i egenomsorg på grunn av demens, skal være utredet før langtids skjermet/tilrettelagt plass i sykehjem tilbys. Det skal innhentes opplysninger fra bruker og pårørende/verge. Det må foreligge en dokumentert vurdering inkludert oppdatert IPLOS registrering, fra de aktuelle tjenester dersom søker mottar andre helse og omsorgstjenester.

Psykogeriatrisk langtidsplass: Et varig botilbud for personer med kognitiv og utfordringer knyttet til psykisk helse med særskilte behov for et forsterket tilbud av heldøgns helse- og omsorgstjenester. Kan gjelde plass i sykehjem eller annen institusjon.

- ▶ Lovverket: Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a, annet ledd, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6, bokstav c.
- ▶ Målgruppen: Personer som er varig ute av stand til å ta vare på seg selv og som ikke lenger mestrer dagliglivets gjøremål på grunn av kognitiv svikt (f.eks. personer med demens). Personer som ikke på et forsvarlig nivå får dekket sitt daglige behov for helsetjenester, pleie og omsorg i eget hjem.
- ▶ Kriterier/vurdering: Forsterket skjermet langtidsplass/psykogeriatrisk langtidsplass skal fortrinnsvis være et tilbud til eldre personer med atferdsutfordringer. Andre relevante tiltak som t.d. tidsbegrenset opphold i institusjon, dagtilbud, utvidet hjemmetjenester og bedre tilrettelegging i hjemmet skal på forhånd være utprøvd og/eller vurdert (BEON) Mistanke om svikt i egenomsorg på grunn av demens, skal være utredet før langtids skjermet/tilrettelagt plass i sykehjem tilbys. Det skal innhentes opplysninger fra bruker og pårørende/verge. Det må foreligge en dokumentert vurdering inkludert oppdatert IPLOS registrering, fra de aktuelle tjenester dersom søker mottar andre helse og omsorgstjenester.

Pasientkategorier - Korttid

Somatikk/avlastningsplass: Tidsbegrenset opphold i institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester der formålet er å avlaste personen/personene (pårørende eller andre) som til daglig utfører omsorgsarbeidet.

- ▶ Lovverket: Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 og § 3-6.
- ▶ Formål: Den daglige omsorgsyter skal få avlastning fra sine daglige omsorgsoppgaver.
- ▶ Målgruppen: Avlastning gis til omsorgsyter som til daglig gir omfattende omsorg til en person med stort omsorgsbehov.
- ▶ Kriterier/vurdering: Det vurderes om det er særlig tyngende omsorgsoppgaver for omsorgsyter, om det er forsvarlig med avlastningstiltak i eget hjem, om søker selv ønsker korttidsopphold i institusjon og personens samtykkekompetanse. Kartlegging av behov med IPLOS vurdering skal gjennomføres og medisinske opplysninger fra fastlege skal innhentes

Demens/avlastningsplass: Tidsbegrenset opphold i institusjon for personer med kognitiv svikt og personer med demens med heldøgns helse- og omsorgstjenester der formålet er å avlaste personen/personene (pårørende eller andre) som til daglig utfører omsorgsarbeidet.

- ▶ Lovverket: Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 og § 3-6.
- ▶ Formål: Den daglige omsorgsyter skal få avlastning fra sine daglige omsorgsoppgaver.
- ▶ Målgruppen: Avlastning gis til omsorgsyter som til daglig gir omfattende omsorg til en person med stort omsorgsbehov.
- ▶ Kriterier/vurdering: Det vurderes om det er særlig tyngende omsorgsoppgaver for omsorgsyter, om det er forsvarlig med avlastningstiltak i eget hjem, om søker selv ønsker korttidsopphold i institusjon og personens samtykkekompetanse. Kartlegging

av behov med IPLOS vurdering skal gjennomføres og medisinske opplysninger fra fastlege skal innhentes

Rehabiliteringsplass korttid: Tidsbegrenset opphold i institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester med særskilt tilrettelagte rehabiliteringstjenester.

- ▶ Lovverket: Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c.
- ▶ Formål: Rehabilitering er en tidsavgrenset tjeneste som ytes for å kunne gi assistanse/ bistand til den enkeltes egen innsats for å oppnå best mulig funksjon og mestringsevne, likeverd og deltakelse sosialt og i samfunnet.
 - Ytes til alle som har behov for rehabilitering grunnet medfødt eller ervervet funksjonshemming eller kronisk sykdom.
 - Den som står i fare for å utvikle varig funksjonshemming eller kronisk sykdom.
 - Den som har vanskeligheter med å opprettholde og mestre hverdagsaktiviteter i eget hjem og i andre omgivelser som er viktige for dem.
- ▶ Målgruppen: Rehabilitering i institusjon kan være et tilbud til:
 - Personer der rehabilitering utenfor institusjon ikke er nok eller som et tilbud i en lengre rehabiliteringsprosess.
 - Personer som har behov for tverrfaglige, koordinerte tjenester for å forbedre eller vedlikeholde sitt funksjonsnivå og opplevelsen av selvstendighet og mestring.
 - Personer som av helsemessige årsaker, boforhold, utrygghet, risiko for fall og lignende ikke kan gis nødvendig oppfølging og trening i eget hjem.
- ▶ Kriterier/vurdering: Følgende vurderes:
 - Om personen selv er motivert for rehabilitering
 - Om tilrettelegging i hjemmet, eller rehabilitering på andre arenaer vurderes som uten nytte, vanskelig eller uønsket.
 - Om det er dokumentert potensiale for rehabilitering av samarbeidspartnere i og utenfor kommunen, eksempelvis spesialisthelsetjenesten, fastlege og andre faggrupper i kommune
 - Om det er et rehabiliteringsbehov som fortrinnsvis ikke krever opphold i rehabiliteringssenter på 2 eller 3 linje nivå.

Forsterket plass/utskrivningsklare fra sykehus korttid (intermediære plasser): Tidsbegrenset opphold i institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester.

- ▶ Lovverket: Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c.
- ▶ Formål: Tidsbegrenset opphold i institusjon er tjenester til personer som for en kortere periode har omfattende behov for helse- og omsorgstjenester eller for utredning og vurdering.
- ▶ Målgruppen:

- Korttidsopphold i institusjon kan være et tilbud til: Personer som i en overgangsperiode trenger medisinsk behandling, omsorg ved sykdom, utredning og observasjon, samt etterbehandling/oppfølging etter sykehusopphold.
- Personer som har andre omfattende behov for helse – og omsorgstjenester og der heldøgns tidsbegrenset opphold i institusjon vil være best egnet.
- Personer med kjent demensdiagnose der det er behov for observasjon og vurdering av bistandsbehov
- ▶ Kriterier/vurdering: Annet korttidsopphold kan gjelde:
 - Utskrivningsklare pasienter fra sykehus
 - Hjemmeboende personer med forverret helsetilstand (Henvendelse fra pasienten selv og/eller pårørende, henvendelse med opplysninger fra fastlege, hjemmetjenesten, andre
 - Der det er nødvendig med døgkontinuerlig observasjon, oppfølging og behandling av en kortere eller forbigående karakter.
 - Søker må selv ønske korttidsopphold i institusjon. Samtykkekompetanse vurderes. Kartlegging av behov med IPLOS vurdering skal gjennomføres. Medisinske opplysninger fra sykehus og/eller fastlege skal innhentes.

Lindrende plass/palliativ plass korttid: Tidsbegrenset opphold i institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester med særskilt tilrettelagte helsetjenester knyttet til behandling og utredning

- ▶ Lovverket: Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c.
- ▶ Formål: Tidsbegrenset opphold i institusjon er tjenester til personer som for en kortere periode har omfattende behov for helse- og omsorgstjenester eller for utredning og vurdering.
- ▶ Målgruppen:
 - Personer med behov for lindrende behandling ved livets slutt og der tjenester ikke kan, eller familien ikke ønsker at disse skal gis i hjemmet.
- ▶ Kriterier/vurdering: Annet korttidsopphold kan gjelde:
 - Der det er behov for palliativ helse- og omsorg.
 - Søker må selv ønske korttidsopphold i institusjon. Samtykkekompetanse vurderes. Kartlegging av behov med IPLOS vurdering skal gjennomføres. Medisinske opplysninger fra sykehus og/eller fastlege skal innhentes.

Øyeblikkelig hjelp/kommunale akutte døgnplasser; Øyeblikkelig hjelp døgnopphold

- ▶ Lovverket: Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5.
- ▶ Formål: Hensikten med tilbudet er å unngå innleggelse i spesialisthelsetjenesten når dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut fra en helhetlig medisinsk og psykososial vurdering.
- ▶ Målgruppen:

- Innenfor somatikken vil eksempelvis pasienter med forverring av kroniske sykdommer som hjertesvikt, astma/KOLS, diabetes eller pasienter med behov for medikamentjusteringer være aktuelle. Pasienter med mer akutte, men avklarte lidelser som infeksjoner i lunger og urinveier, steinsmerter, fall og hjernerystelse vil også kunne ha nytte av kommunale døgnopphold.
- Personer med lettere og moderate psykiske helseproblemer og/ eller rusmiddelproblemer, ofte også i kombinasjon med somatisk sykdom/plager
- ▶ Kriterier/vurdering: Annet korttidsopphold kan gjelde:
 - Tilbudet gjelder stabile pasienter med avklart diagnose hvor hovedproblemet er: akutt sykdom som kan undersøkes og behandles etter vanlige allmennmedisinske metoder eller forverrelse av kjent kronisk sykdom med behov for innleggelse og behandling
 - Stabile pasienter med uavklart diagnose, som trenger observasjon og utredning, men som ikke oppfattes som alvorlig syk
 - Hjemmeboende personer med forverret helsetilstand. En pasient skal være vurdert av lege i kommunen forut for en innleggelse. Det er normalt
 - fastlege eller legevaktslege som foretar den konkrete vurderingen av hvor pasienten bør få behandling og som også henviser pasienten til sykehus og kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Leger i ulike andre behandlingsteam i kommunen har samme mulighet.
 - Der det er nødvendig med døgnkontinuerlig observasjon, oppfølging og behandling av en kortere eller forbigående karakter.
 - Søker må selv ønske korttidsopphold i institusjon. Samtykkekompetanse vurderes.

Pleiefaktor

I modellen er det benyttet en pleiefaktor på 0,79 årsverk per plass for somatiske langtidsplasser på dag- og kveldstid (natt holdt utenfor og drøftes separat). Dette er årsverk knyttet til den direkte pleien som foregår på avdelingene. Denne faktoren vil være avhengig av antallet sykehjems plasser i kommunen. I kommuner med få plasser vil tjenestemottakerne ofte ha et gjennomsnittlig høyere pleiebehov enn i kommuner med flere plasser. Pleietyngden vil være avgjørende for denne faktoren og må behovsstyres. Et utgangspunkt på 0,8 som pleiefaktor på dag og kveld blir vurdert å være et fornuftig utgangspunkt i Vindafjord i effektive nybygg. Dette vil forutsette gode størrelser på avdelinger og god struktur i bygget.

I tillegg til pleiefaktoren kommer årsverk knyttet til ledelse av sykehjemmene. Erfaringsvis er det knyttet ett årsverk til avdelingsledelse cirka per 25 årsverk og en virksomhets-/enhetsledelse per 50 til 100 årsverk.

Annen støtte som fysioterapi/ergoterapi, bemanningskonsulent og kontorfaglig støtte ligger ofte på fem til ti prosent stilling per ansatt årsverk i pleiepersonellet. I budsjettmodellen ligger det til rette for å inkludere disse ressursene, men i beregningsgrunnlaget per nå er dette ikke inkludert.

3 Fire ulike alternativer er vurdert

Alternativene som er vurdert er:

- ▶ Alternativ 0: Videreføring av dagens drift fram mot 2040
- ▶ Alternativ 1: Påbygg/endring Vindafjordtunet i Nedre Vats
- ▶ Alternativ 2: Påbygg/endring Ølen omsorgssenter
- ▶ Alternativ 3: Nytt samlet sykehjem lokalisert sentralt i Ølen

I sammenlikningen har vi valgt å se på antall plasser ved utvidelse av Vindafjordtunet (alternativ 1), utvidelse av Ølen (alternativ 2) eller nybygg på Ølen (alternativ 3) og vurdert det sammenliknbare volumet til å være 100 plasser. Dette tilsvarer behovet i 2034 med framskrivning av alder på faktisk bruker per april 2026 (som vist i figur 2).

Alternativ 0: Videreføring av dagens drift fram mot 2040

I dette alternativet vil vi fortsette dagens drift på både Vindafjordtunet og på Ølen omsorgssenter og utvide eller kjøpe ekstra kapasitet basert på samme driftsnivå opp til 100 plasser i 2040. Det manglende volumet mellom dagens kapasitet på 79 plasser i egenregi og 100 er tenkt dekket ved kjøp av eksterne plasser. I de økonomiske vurderingene er disse eksterne plassene kalkulert med en merpris på 25 prosent utover kostnaden ved egenproduksjon (ressursmodellen). Dette er en nøktern vurdering med mulighet for at eksternt kjøpte plasser blir ytterligere dyrere.



Figur 6 Vindafjordtunet i Nedre Vats med tre utbyggingstrinn fra 1961 til 2006

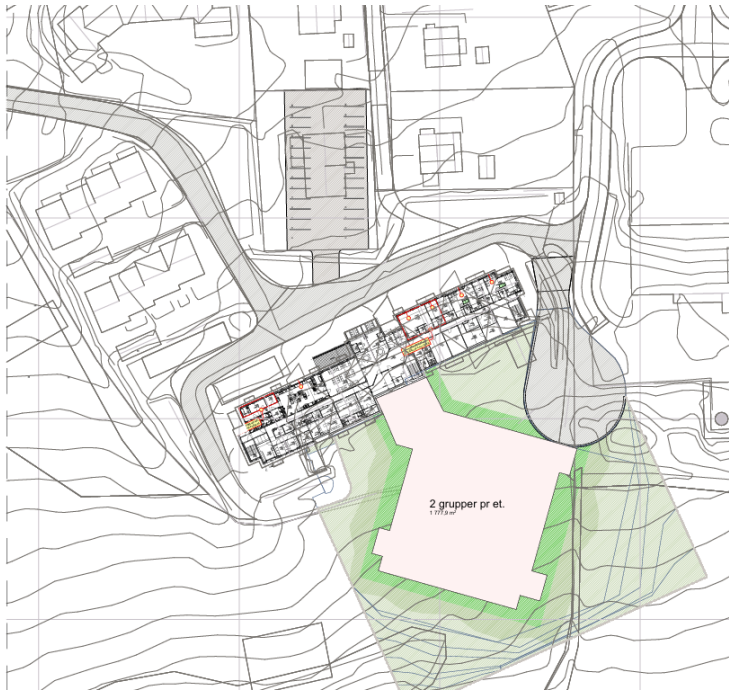
Alternativ 1: Påbygg/endring Vindafjordtunet i Nedre Vats

Alle de 100 sykehjemsplassene i kommunen blir samlokalisert på og ved Vindafjordtunet.

Alternativ 2 Påbygg/endring Ølen omsorgssenter

Alle de 100 sykehjemsplassene i kommunen blir samlokalisert på og ved Ølen omsorgssenter.

Antall plasser: Eksisterende bygg/ombygging: 40 plasser Nybygg: 60 plasser Arealer: Ombygging BTA: 3600 m2 Nybygg BTA: 6400 m2 Samlet BTA etter utbygging: 10000 m2



Figur 7 Foreløpig skisse volumstudier oktober 2025, Multiconsult

Antall plasser: Eksisterende bygg/ombygging: 40 plasser Nybygg: 60 plasser Arealer: Ombygging BTA: 3600 m² Nybygg BTA: 6400 m² Samlet BTA etter utbygging: 10000 m²

Alternativ 3 Nybygg sentralt i Ølen

Alle de 100 sykehjemsplassene i kommunen blir samlokalisert i et nybygg på en sentral tomt i Ølen. Nybygg: 100 plasser Arealer: Samlet BTA utbygging: 11 580 m². Stor og romslig tomt.. Optimal planløsning mulig.



Figur 8 Foreløpig skisse volumstudier oktober 2025, Multiconsult

4 Tjeneste-effektiviteten

Som en del av arbeidet med framtidig organisering av heldøgns omsorgstjenester i Vindafjord kommune er det gjennomført en kvalitativ vurdering av tjeneste-effektiviteten ved de fire ulike alternativer for framtidig sykehjemsstruktur. Vurderingen til Agenda Kaupang er basert på innspill i tre workshoper med noen få sentrale ledere i kommunen. Samlet vurdering står for Agenda Kaupangs regning.

4.1 Fem kvalitative dimensjoner er vurdert

Alternativene er vurdert ut fra en rekke indikatorer knyttet til blant annet kvalitet i tjenestene, ansatte og kompetanse, økonomi, samfunnseffekter og samarbeid mellom tjenester.

De fem kvalitative dimensjonene som er vurdert ved de fire ulike alternativene i prosjektet, vises i figuren nedenfor.

Kvalitative dimensjoner som skal vurderes ved de ulike alternativene for framtidens helse og mestringstjenester i Vindafjord



Figur 9 Kvalitative dimensjoner som er vurdert ved de fire ulike helsebygg-alternativene

Under hver av disse dimensjonene er det beskrevet en rekke delkriterier for å gi en mest mulig helhetlig vurdering. Delkriteriene er vurdert på en skala fra rødt (svært lite godt), oransje, gul, lys grønn til mørk grønn (svært godt).

Skåringsalternativene	Beskrivelse
1	Verdi "1" og/eller rødt gis når alternativet vurderes svært lite godt innenfor delkriteriet
2	Verdi "2" og/eller oransje gis når alternativet vurderes lite godt innenfor delkriteriet
3	Verdi "3" og/eller gult gis når alternativet vurderes middels (hverken godt eller dårlig) innenfor delkriteriet
4	Verdi "4" og/eller lysegrønt gis når alternativet vurderes godt innenfor delkriteriet
5	Verdi "5" og/eller rødt gis når alternativet vurderes svært godt innenfor delkriteriet

Til slutt er delkriteriene vektet mot hverandre etter innspill i workshopene. Dette har gitt følgende vurderinger for delområdene:

Kvalitet i behandlingstilbudet – fag

Under kvalitetsdimensjonen har vi i samarbeid med kommunen vurdert 19 ulike delkriterier for å komme fram til en samlet skår av denne dimensjonen.

Delkriteriene som er vurdert er:

Opplevd kvalitet og trygghet for beboere/pasienter	Samhandling med hjemmetjenesten
Kontinuitet og helhet i tjenestene (kjent personale, sammenheng i oppfølging)	Grad av integrasjon mellom tjenester (organisering og praksis)
Mulighet for selvstendighet og mestring	Felles fagmiljø og samarbeid på tvers av tjenester
Tilrettelegging for aktivitet og sosial deltakelse	Evne til å implementere og realisere gevinster av velferdsteknologi
Kapasitet og kvalitet i avlastningstilbudet	Sårbarhet ved lav bemanning (driftsmessig robusthet)
Evne til å ta imot pasienter direkte fra sykehus (reduere antall utskrivningsklare pasienter)	Reduserer og utsetter behovet for kommunale tjenester (lavere nivå i innsatstrappa)
Mulighet for smittevern og isolering ved utbrudd	Kvalitet på uteområder og nærmiljø
Nærhet til tilbudet (reiseavstand for beboere og pårørende)	Tilgang til hverdagsliv (butikk, kafé, møteplasser)
Pårørendes og frivilliges tilgjengelighet og mulighet for involvering	Mulighet for spesialisering og differensiering av tilbud innen eller mellom lokasjoner
Nærhet til fastlegetilbudet for beboere i HDO	

Delkriteriet «Sårbarhet ved lav bemanning (driftsmessig robusthet)» er vektet som det viktigste delkriteriet av disse 19. Vår samlede vurdering av denne dimensjonen er vist i tabellen nedenfor.

Tabell 5 Kvalitativ vurdering av kvalitetsdimensjonen ved fire ulike alternative helsebygg i Vindafjord

	Alternativ 0	Alternativ 1	Alternativ 2	Alternativ 3
Hovedkjennetegn	Videreføring av dagens drift fram til 2040 (kartlagt april 26)	Påbygg/ending Vindafjordtunet i Nedre Vats	Påbygg/ending Ølen omsorgssenter	Nybygg på Ølen
Kvalitet i behandlingstilbudet - fag				
Opplevd kvalitet og trygghet for beboere/pasienter				
Kontinuitet og helhet i tjenestene (kjent personale, sammenheng i oppfølging)				
Mulighet for selvstendighet og mestring				
Tilrettelegging for aktivitet og sosial deltakelse				
Kapasitet og kvalitet i avlastningstilbudet				
Evne til å ta imot pasienter direkte fra sykehus (redusere antall utskrivningsklare pasienter)				
Mulighet for smittevern og isolering ved utbrudd				
Nærhet til tilbudet (reiseavstand for beboere og pårørende)				
Pårørendes og frivilliges tilgjengelighet og mulighet for involvering				
Nærhet til fastlegetilbudet for beboere i HDO				
Samhandling med hjemmetjenesten				
Grad av integrasjon mellom tjenester (organisering og praksis)				
Felles fagmiljø og samarbeid på tvers av tjenester				
Evne til å implementere og realisere gevinster av velferdsteknologi				
Sårbarhet ved lav bemanning (driftsmessig robusthet)				
Reduserer og utsetter behovet for kommunale tjenester (lavere nivå i innsatsstrappa)				
Kvalitet på uteområder og nærmiljø				
Tilgang til hverdagsliv (butikk, kafé, møteplasser)				
Mulighet for spesialisering og differensiering av tilbud innen eller mellom lokasjoner				

Folk – ansatte

Under ansattedimensjonen har vi i samarbeid med kommunen vurdert 6 ulike delkriterier for å komme fram til en samlet skår av denne dimensjonen. Dette er vist i tabellen nedenfor.

Delkriteriene som er vurdert er:

▶ Evne til rekruttering av fagkompetanse	▶ Sikkerhet på arbeidsplassen
▶ Tilgjengelig kompetanse	▶ Mer fleksibel bruk av personalet
▶ God bemanningskontinuitet	▶ Effektivitet i personellflyt og reisetid for ansatte

Delkriteriet «Mer fleksibel bruk av personalet» er vektet som det viktigste delkriteriet av disse seks. Vår samlede vurdering av denne dimensjonen er vist i tabellen nedenfor.

Tabell 6 Kvalitativ vurdering av ansattedimensjonen ved fire ulike alternative helsebygg i Vindafjord

	Alternativ 0	Alternativ 1	Alternativ 2	Alternativ 3
Hovedkjennetegn	Videreføring av dagens drift fram til 2040 (kartlagt april 26)	Påbygg/ending Vindafjordtunet i Nedre Vats	Påbygg/ending Ølen omsorgssenter	Nybygg på Ølen
Folk - ansatte				
Evne til rekruttering av fagkompetanse				
Tilgjengelig kompetanse				
God bemanningskontinuitet				
Sikkerhet på arbeidsplassen				
Mer fleksibel bruk av personalet				
Effektivitet i personellflyt og reisetid for ansatte				

Økonomi

Under økonomidimensjonen har vi i samarbeid med kommunen vurdert 10 ulike delkriterier for å komme fram til en samlet skår av denne dimensjonen.

Delkriteriene som er vurdert er:

Investeringsbehov	Redusert behov for eksterne kjøp/evne til å håndtere topper i behov (demografi, utskrivningsklare pasienter)
Mulighet for Husbank-finansiering	Driftseffektivitet i bygget (renhold, transport, kjøkken, vaskeri mv)
Årlige driftskostnader	Mulighet for sambruk av arealer
Implementering av digitale løsninger og ny teknologi som øker bemanningseffektiviteten	Flere innbyggere klarer seg uten kommunale tjenester
Redusert behov for innleie og vikarbruk ved mer fleksibel bruk av personalet	Risiko i gjennomføringsfasen (kostnadsoverskridelser, forsinkelser, negativ påvirkning av driften)

Delkriteriet «Årlige driftskostnader» er vektet som det viktigste delkriteriet av disse ti. Vår samlede vurdering av denne dimensjonen er vist i tabellen nedenfor.

Tabell 7 Kvalitativ vurdering av økonomidimensjonen ved fire ulike alternative helsebygg i Vindafjord

	Alternativ 0	Alternativ 1	Alternativ 2	Alternativ 3
Hovedkjennetegn	Videreføring av dagens drift fram til 2040 (kartlagt april 26)	Påbygg/endring Vindafjordtunet i Nedre Vats	Påbygg/endring Ølen omsorgssenter	Nybygg på Ølen
Økonomi				
Investeringsbehov				
Mulighet for Husbank-finansiering				
Årlige driftskostnader				
Implementering av digitale løsninger og ny teknologi som øker bemanningseffektiviteten				
Redusert behov for innleie og vikarbruk ved mer fleksibel bruk av personalet				
Redusert behov for eksterne kjøp/evne til å håndtere topper i behov (demografi, utskrivningsklare pasienter)				
Driftseffektivitet i bygget (renhold, transport, kjøkken, vaskeri mv)				
Mulighet for sambruk av arealer				
Flere innbyggere klarer seg uten kommunale tjenester				
Risiko i gjennomføringsfasen (kostnadsoverskridelser, forsinkelser, negativ påvirkning av driften)				

Under kapittelet om bemanningseffektivitet har vi, basert på en egen budsjettmodell for effektiv sykehjemdrift, gjort konkrete økonomiske beregninger av forskjellene på ressursbruk ved de ulike alternativene.

Samfunnseffekter

Under denne dimensjonen har vi i samarbeid med kommunen vurdert 5 ulike delkriterier for å komme fram til en samlet skår av denne dimensjonen.

Delkriteriene som er vurdert er:

Innbyggernes likeverdighet til tjenester	Reduserer miljøbelastningen
Tilgang til kollektivtransport	Gir et positivt omdømme
Utvikling av lokalsamfunnet (nærmiljø, frivilligheten, næringslivet mv)	

Delkriteriet «Innbyggernes likeverdighet til tjenester» og «Gir et positivt omdømme» er vektet som de to viktigste delkriteriene av disse seks. Vår samlede vurdering av denne dimensjonen er vist i tabellen nedenfor.

Tabell 8 Kvalitativ vurdering av utvalgte samfunnseffekter ved fire alternative helsebygg i Vindafjord

	Alternativ 0	Alternativ 1	Alternativ 2	Alternativ 3
Hovedkjennetegn	Videreføring av dagens drift fram til 2040 (kartlagt april 26)	Påbygg/endring Vindafjordtunet i Nedre Vats	Påbygg/endring Ølen omsorgssenter	Nybygg på Ølen
Samfunnseffekter	Her vurderes effekter utenfor selve tjenesten			
Innbyggernes likeverdighet til tjenester				
Tilgang til kollektivtransport				
Utvikling av lokalsamfunnet (nærmiljø, frivilligheten, næringslivet mv)				
Reduserer miljøbelastningen				
Gir et positivt omdømme				

Samarbeid/synergier - egnet for å dekke de ulike aktørenes behov

Under samarbeidsdimensjonen har vi i samarbeid med kommunen vurdert 5 ulike delkriterier for å komme fram til en samlet skår av denne dimensjonen. Dette er vist i tabellen nedenfor.

Tabell 9 Kvalitativ vurdering av samarbeidsdimensjonen ved fire ulike alternative helsebygg i Vindafjord

	Alternativ 0	Alternativ 1	Alternativ 2	Alternativ 3
Hovedkjennetegn	Videreføring av dagens drift fram til 2040 (kartlagt april 26)	Påbygg/endring Vindafjordtunet i Nedre Vats	Påbygg/endring Ølen omsorgssenter	Nybygg på Ølen
Samfunnseffekter	Her vurderes effekter utenfor selve tjenesten			
Samarbeid/synergier - egnet for å dekke de ulike aktørenes behov				
Sykehjemmet - kort- og langtidsplasser				
Hjemmesykepleien				
Legetjenesten (fastlegetjenesten, institusjonslegetjenesten)				
Akuttforløpet - beredskapssenter og legevakt, legevaktssentral og ambulanse				
Spesialisthelsetjenesten				

4.2 Vurdering av alternativ 0 – videreføring av dagens drift

Alternativ 0 innebærer videreføring av dagens struktur med to lokasjoner og gradvise tilpasninger innen eksisterende bygg. Dette alternativet får gjennomgående lave skårer på flere sentrale områder. Særlig gjelder dette:

- ▶ opplevd kvalitet og trygghet
- ▶ smittevern og isolering
- ▶ fleksibilitet i drift
- ▶ mulighet for teknologisk utvikling
- ▶ rekruttering og fagmiljø
- ▶ driftseffektivitet og økonomi

Vurderingene peker på at dagens bygningsmasse og organisering i begrenset grad er tilpasset framtidige behov. Det trekkes fram at løsningen gir små og sårbare fagmiljøer, mindre fleksibel bruk av personell og svakere muligheter for spesialisering av tilbud.

Alternativet vurderes samtidig å ha enkelte styrker knyttet til geografisk nærhet for deler av innbyggerne og videreføring av etablerte strukturer. Dette gir blant annet relativt god skår på nærhet til tilbudet.

Likevel viser vurderingene at videreføring av dagens modell i liten grad anses å møte framtidige behov knyttet til demografi, kompetanseutfordringer og krav til moderne drift.

4.3 Vurdering av alternativ 1 – utbygging ved Vindafjordtunet

Alternativ 1 innebærer samlokalisering av døgntjenester i Nedre Vats gjennom utbygging eller ombygging ved Vindafjordtunet. Alternativet vurderes som en klar forbedring sammenlignet med dagens situasjon. Særlig framheves:

- ▶ bedre fagmiljø
- ▶ økt robusthet
- ▶ mer fleksibel bruk av ansatte
- ▶ bedre driftseffektivitet
- ▶ bedre muligheter for teknologiimplementering.

Samtidig får alternativet relativt moderate skårer på flere områder. Vurderingene peker blant annet på utfordringer knyttet til:

- ▶ tilgjengelighet
- ▶ nærhet til sentrumsfunksjoner
- ▶ kollektivtransport
- ▶ samhandling med andre helsetjenester lokalisert i Ølen

Det trekkes også fram at plasseringen kan gi svakere kobling til framtidig boligpolitikk, frivillighet og utvikling av lokalsamfunnet. Alternativet vurderes som bedre enn dagens struktur, men samtidig mindre framtidsrettet enn løsningene med samlokalisering i Ølen.

4.4 Vurdering av alternativ 2 – utbygging ved Ølen omsorgssenter

Alternativ 2 innebærer samlokalisering av heldøgntjenestene i Ølen gjennom utbygging eller ombygging ved eksisterende omsorgssenter. Dette alternativet får jevnt over gode vurderinger innen de fleste områder. Særlig framheves:

- ▶ integrasjon mellom tjenester
- ▶ samarbeid med legetjeneste og spesialisthelsetjeneste
- ▶ tilgang til kollektivtransport
- ▶ nærhet til aktivitetstilbud og hverdagsliv
- ▶ mulighet for differensiering av tjenester
- ▶ styrket fagmiljø

Alternativet vurderes også å støtte opp under en mer helhetlig bolig- og tjenesteutvikling, blant annet gjennom etablering av HDO-boliger og flere tilrettelagte boliger i sentrum.

Det trekkes fram at samlokalisering i Ølen kan bidra til:

- ▶ redusert transportbehov
- ▶ bedre samhandling mellom tjenester
- ▶ større fagmiljøer
- ▶ bedre rekrutteringsmuligheter

Samtidig vurderes alternativet å innebære noe risiko knyttet til gjennomføring og ombygging i eksisterende struktur.

4.5 Vurdering av alternativ 3 – nytt samlet sykehjem sentralt i Ølen

Alternativ 3 får høyest samlet skår og vurderes gjennomgående som det mest framtidsrettede alternativet. Vurderingene viser særlig sterke resultater innen:

- ▶ kvalitet i behandlingstilbudet
- ▶ kapasitet og fleksibilitet
- ▶ rekruttering og kompetanse
- ▶ teknologi og innovasjon
- ▶ driftseffektivitet
- ▶ samfunnseffekter
- ▶ samarbeid mellom tjenester

Et helt nytt sykehjem vurderes å gi de beste forutsetningene for:

- ▶ moderne pasientforløp
- ▶ samhandling med legetjeneste og beredskap
- ▶ effektiv bruk av personell
- ▶ sterke fagmiljøer
- ▶ implementering av velferdsteknologi

Alternativet scorer også høyt på:

- ▶ omdømme
- ▶ miljøeffekter
- ▶ utvikling av lokalsamfunnet
- ▶ framtidig rekruttering

Flere vurderinger peker på at et nytt bygg gir større frihet til å utvikle hensiktsmessige løsninger fra starten av, både organisatorisk og bygningsmessig.

Samtidig er det knyttet usikkerhet til investeringsomfang og gjennomføring. Selv om investeringsbehovet er høyt, vurderes alternativet likevel å kunne gi betydelige gevinster på sikt gjennom lavere driftskostnader, bedre arealeffektivitet og redusert behov for eksterne kjøp.

4.6 Oppsummering av alternativene – tjenesteeffektivitet

I tabellen nedenfor viser vi vår samlede kvalitative vurdering av tjenesteeffektiviteten ved de fire alternativene og de fem dimensjonene som er beskrevet tidligere. Vurderingen til Agenda Kaupang er basert på innspill i tre workshoper med noen få sentrale ledere i kommunen.

Tabell 10 Oppsummering av alternativene – tjenesteeffektivitet, metodikk Agenda Kaupang

	Alternativ 0	Alternativ 1	Alternativ 2	Alternativ 3
Alternativanalyse helsebygg i Vindafjord kommune, Agenda Kaupang mai 26	Videreføring av dagens drift fram til 2040	Påbygg/endring Vindafjordtunet i Nedre Vats	Påbygg/endring Ølen omsorgssenter	Nybygg sentralt i Ølen
Kvalitet i behandlingstilbudet - fag				
Folk - ansatte				
Økonomi				
Samfunnseffekter				
Samarbeid/synergier - egnet for å dekke de ulike aktørenes behov				

Vurderingen viser en tydelig tendens der alternativene med større grad av samlokalisering, moderne bygningsstruktur og integrasjon mellom tjenester kommer best ut. Alternativ 3 får gjennomgående høyest skår innen de fleste temaområder, mens dagens struktur (alternativ 0) vurderes som minst framtidsrettet.

Gjennomgangen viser en tydelig sammenheng mellom grad av samlokalisering og vurdert kvalitet og bærekraft i tjenestene.

Særlig trekkes følgende forhold fram som viktige:

- ▶ større og sterkere fagmiljø
- ▶ bedre samhandling mellom tjenester
- ▶ økt fleksibilitet i bemanning
- ▶ bedre muligheter for velferdsteknologi
- ▶ bedre driftseffektivitet
- ▶ styrket evne til å møte framtidige behov

Alternativene med samlokalisering i Ølen vurderes samlet sett som best egnet til å møte framtidige krav til kapasitet, kvalitet og bærekraft. Samtidig vil valg av løsning også innebære politiske og strategiske avveiiinger knyttet til:

- ▶ geografisk lokalisering
- ▶ lokal samfunnsutvikling
- ▶ investeringsnivå
- ▶ tempo i gjennomføring
- ▶ ønsket framtidig tjenestestruktur

Vurderingene viser at dagens struktur i begrenset grad vurderes som bærekraftig på lang sikt. Samtidig peker analysen tydelig i retning av at større grad av samlokalisering og utvikling av moderne, integrerte omsorgsløsninger vil kunne gi betydelige gevinster både for brukere, ansatte og kommunen som helhet.

Særlig alternativ 3, nytt samlet sykehjem i Ølen, framstår som det alternativet som i størst grad legger til rette for framtidige behovet med tanke på både kvalitet, kompetanse, samhandling og bærekraftig drift.

Videre i dette kapittelet beskriver vi mer detaljert årsaken til skåren ved å se på de ulike delkriteriene som er vurdert innenfor hver av de fem utvalgte tjenestedimensjonene.

5 Bemanningseffektiviteten

I dette kapittelet forsøker vi å gjøre økonomiske beregninger av den forventede bemanningseffektiviteten ved de fire ulike alternativene..

5.1 Dagens situasjon og utfordringsbilde

I prosjektet har vi kartlagt dagens plasser i en budsjettmodell for å vurdere ressursbruk i dag i forhold til en ideell eller gunstig situasjon. Ressursbruken viser at Ølen omsorgssenter har en ressursbruk knyttet til bemanning på om lag en million mer en forventningene i modellen, mens Vindafjordtunet har en ressursbruk som ligger om lag to millioner høyere enn forventningene. Et slik «merforbruk» kan skyldes at lokalene ikke er egnet til brukergruppen og antall brukere. Men det kan også dreie seg om den stadig økende gruppen med ressurskrevende brukere der noen kommer inn under ordningen med statlig refusjon for ressurskrevende tjenester og andre som ikke mottar dette. Merforbruket kan dreie seg om trinnvise turnuskostnader, tjenestebehov utover det som kan forventes fra standardiserte behov, høyere benyttet bemanning enn forventet med mer. Det kan tenkes at det kan gjøres endringer i dagens drift som endret bruk, bemanning, teknologistøtte med mer uavhengig av alternativene beskrevet i dette notatet. Det finnes også eksternt kjøpte plasser som har en ressursbruk som ligger høyere enn det kategoriseringen i modellen tilsier. Den merpris forklarer i stor grad som ulempen av å mangle denne kapasiteten selv i dag.

	Totalt plasser			Langtidsplass			Korttidsplass					Natt		Bemanning pleie modell	Adm - støtte modell	Bemanning totalt modell	Faktisk bemanning 2025	Differanse total bemanning modell mot faktisk bemanning	
	Lang-tid	Kort-tid	HOD	Somatikk/demens	Forstøket skjøret	Budsjett langtid	Korttid behandling	Rehabiliteringsplass	Øyeblikkelig hjelp legerplass	Lindrende	Budsjett korttid	Bemanning AV	Budsjett natt						
Faktisk bruk i dag (andel korttid 17%)	65	14	-	263	32	-	6	6	6	6	-	-	-	-	-	-	-	-	
Vektor				100%	122%		127%	130%	160%	141%									
Pleiefaktor 2025 dag/kveld				0,79	0,96		1,00	1,03	1,26	1,11									
Arvsverkkostnad 2025				1 021	1 021		1 021	1 021	1 021	1 021			1 131						
Felles administrasjon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2 882	2 882	-	-	2 882	
Kortidsavdeling	-	14	-	-	-	-	-	13	-	-	1	14 769	1,8	16 749	16 749	-	-	34 672	
Somatisk avdeling	15	-	-	15	-	12 099	-	-	-	-	-	1,9	2 121	14 220	14 220	-	-	14 220	
Ølen omsorgssenter	15	14	-	12 099	-	12 099	-	13 632	-	1 137	14 769	3,6	4 100	30 969	2 882	33 851	34 672	-821	
Felles administrasjon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4 322	4 322	-	-	4 322	
Avdeling for personar med demens	32	-	-	26	6	26 877	-	-	-	-	-	4,6	5 176	32 053	32 053	-	-	55 686	
Somatisk avdeling	18	-	-	18	-	14 519	-	-	-	-	-	2,6	2 911	17 431	17 431	-	-	17 431	
Vindafjordtunet	50	-	-	35 492	5 905	41 396	-	-	-	-	-	7,2	8 087	49 483	4 322	53 806	55 686	-1 880	
Kjøpte plasser (i dag)	-	2	-	-	2	1 968	-	2	-	1	-	3 331	0,8	848	6 148	-	6 148	11 835	-5 687
Kjøpte plasser (i framtiden)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kjøpte plasser	2	3,0	-	-	1 968	1 968	2 041	-	1 291	-	3 331	0,8	848	6 148	-	6 148	11 835	-5 687	

Vi har i oversikten over sett på bemanning knyttet til pleie og ledelse. Endringer i driftskostnader som byggrift, mathåndtering, vaskeritjenester er holdt utenfor. Det er krevende å vurdere disse kostnadene i dag for alternativene 1 til 3. I tillegg er det usikkerhet om hvilket vedlikeholdsbehov som i framtiden vil komme for dagens drift. Vi har derfor i denne analysen valgt å fokusere på hovedkostnaden for en sykehjems plass, bemanning i pleie inkludert ledelse.

5.2 Bemanningseffektiviteten i tre alternativer

I sammenlikningen har vi etter avtale med Vindafjord kommune valgt å se på antall plasser ved utvidelse av Vindafjordtunet (alternativ 1), utvidelse av Ølen (alternativ 2) eller nybygg på Ølen (alternativ 3) og vurdert det sammenliknbare volumet til å være 100 plasser. Dette tilsvarer behovet i 3031 ved framskrivning etter metoden andel plasser 80 år eller eldre eller 2034 med framskrivning av alder på faktisk brukere kartlagt i april 2026 (som vist i Figur 3 side 6). I alternativ 0 (dagens praksis) er det manglende volumet mellom disse 100 og dagens kapasitet tenkt dekket ved kjøp av eksterne plasser. I de økonomiske vurderingene er disse plassene kalkulert med en merpris på 25

prosent utover kostnaden ved egenproduksjon (ressursmodellen). Dette er en nøktern vurdering med mulighet for at eksternt kjøpte plasser blir ytterligere dyrere.

Budsjettmodellen gir følgende forventede kostnader ved alternativ 1 til 3:

	Totalt plasser		Langtidsplass			Korttidsplass						Natt		Bemanning pleie modell	Adm / støtte modell	Bemanning totalt modell	Nødvendig ekstra bemanning (strukturargumentert)
	Lang-tid	Kort-tid	Somatikk/demens	Forsterket skjermet	Budsjett langtid	Korttid anna	Korttid behandling	Rehabiliteringsplass	Øyeblikkelig hjelp døgnplass	Lindrende	Budsjett korttid	Bemanning AV	Budsjett natt				
Faktisk bruk i dag (andel korttid 17%)	65	14	263	32		21	8	52	4	4							
Ivektor			100 %	122 %		113 %	127 %	130 %	160 %	141 %							
Pleiefaktor 2025 dag/kveld			0,79	0,96		0,89	1,00	1,03	1,26	1,11							
Årsverkskostnad 2025			1 021	1 021		1 021	1 021	1 021	1 021	1 021		1 131					
Vindafjordtunet (dagens bygg)	50	-	44	6	41 396	0	0	0	0	0	-	4,5	5 090	46 486	6 499	52 985	1 880
Vindafjordtunet utbygging (plasser fra Ølen)	15	14	15	-	12 099	0	0	0	13	0	1	14 769	2,6	2 952	29 821	29 821	
Vindafjordtunet utbygging økt kapasitet	11	10	9	2	9 228	7	2		1			9 712	1,9	2 138	21 077	21 077	
Kjøpte plasser	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alternativ 1 - Påbygg/ending Vindafjordtunet i Nedre Vats	76	24	54 851	7 873	62 724	6 380	2 041	13 632	1 291	1 137	24 481	9,0	10 179	97 384	6 499	103 883	1 880
Felles administrasjon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6 499	6 499	-
Ølen dagens bygg	15	14	15	-	12 099	0	0	13	0	1	14 769	2,6	2 952	29 821	29 821	29 821	821
Ølen utvidelse (plasser Vindafjordtunet)	50	-	44	6	41 396	0	0	0	0	0	-	4,5	5 090	46 486	6 499	46 486	-
Ølen utvidelse (ny kapasitet)	11	10	9	2	9 228	7	2		1			9 712	1,9	2 138	21 077	21 077	-
Alternativ 2 Påbygg/ending Ølen omsorgssenter	76	24	54 851	7 873	62 724	6 380	2 041	13 632	1 291	1 137	24 481	9,0	10 179	97 384	6 499	103 883	821
Nytt helsebygg, dagens institusjoner avvikes	76	24	68	8	62 724	7	2	13	1	1	24 481	7,2	8 143	95 348	5 794	95 348	5 794
Alternativ 3 Nybygg på Ølen	76	24	54 851	7 873	62 724	6 380	2 041	13 632	1 291	1 137	24 481	7,2	8 143	95 348	5 794	101 142	-

Forutsetninger for alle de tre vurderte alternativene:

- ▶ 100 plasser med mulighet for døgntjenester (sykehjem og botilbud), samme fordeling av plasser mellom de ulike kategoriene av plasser
- ▶ Samme fordelingen mellom korttids- og langtidsplasser. Fordelingene baserer seg på at 24 prosent av plassene benyttes til korttidsplasser. Dette er en økning på antall korttidsplasser fra dagens nivå på 20 prosent (i alternativ 0 er det forutsatt at mange av kjøpene er korttidsplasser slik at den samme plass-sammensetningen oppnås)

Forutsetninger for kostnadsestimatene i alternativ 1 og 2, påbygg/ending Vindafjordtunet og ved Ølen omsorgssenter:

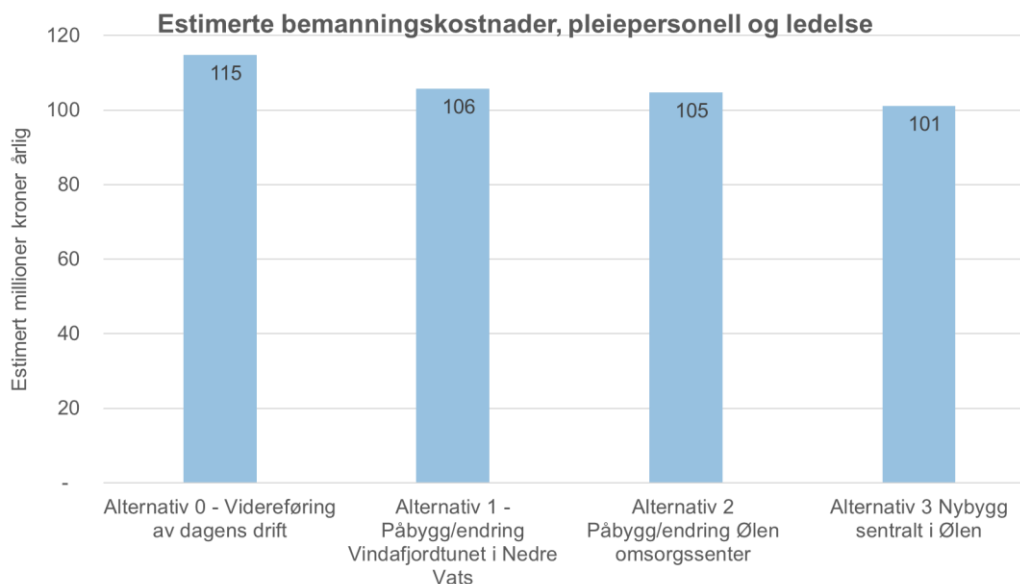
- ▶ En virksomhetsleder (samme som i dag)
- ▶ Fire avdelingsledere (reduert fra 5 avdelingsledere per i dag)
- ▶ Forventningsnivå på fem fysiske nattevakter totalt sett hver natt (reduert fra et gjennomsnitt på 6 nattevakter per i dag)
- ▶ En fagrådgiver i halv stilling (ingen per i dag)
- ▶ Videreføring av driftsulempen i dagens bygningsmasse og faktisk driftsnivå i 2025 (regnskap) i forhold til forventet driftsmodell for antall og type plasser i budsjettmodellen på 1,9 millioner kroner årlig
- ▶ Ikke medregnet merkostnad ved opprettholdes av dagens drift for Vindafjordtunet i byggeperioden. En slik ulempe vurderes å være en del av utbyggingskostnaden og holdes utenfor analysen

Forutsetninger for kostnadsestimatene for alternativ 3, nybygg sentralt i Ølen:

- ▶ En virksomhetsleder (samme som i dag)
- ▶ Tre avdelingsledere (reduert fra 5 avdelingsledere per i dag)
- ▶ Forventningsnivå på fire fysiske nattevakter totalt sett hver natt (reduert fra 6 per i dag)
- ▶ En fagrådgiver i 100 % stilling (ingen per i dag)
- ▶ Det forventes ikke at et nybygg vil gi driftsmessige utfordringer for eksisterende plasser i byggeperioden

Estimerte årlige bemanningskostnader og effekt fram mot 2040

Figuren nedenfor viser at forventningene til årlige kostnadene til pleiepersonell og til ledelse for 100 plasser vil variere med ca 14 mill. kr årlig mellom de fire alternativene med 100 plasser. Det forventes en betydelig årlig besparelse ved alle tilfellene av utvidelse, alternativ to svakt mer enn alternativ 1 og med en tydelig innsparing på ca 14 mill. kroner ved et nybygg i alternativ 3.



Figur 10 Estimerte kostnader i millioner kroner knyttet til pleierettet personell og ledelse i fire ulike alternativer ved bruk av budsjettmodellen til Agenda Kaupang (i 2025 kroner og kommunens kostnadsnivå i regnskap 25)

Ressursbesparelsen over er knyttet til direkte forventede besparelser til bemanning i pleien til pasientene/beboerne på sykehjemsplassene. For å beregne denne effekten har vi benyttet en felles budsjettmodell. X-faktoren eller forutsetningene i alle alternativene er hvordan bygget blir utformet for å oppnå best mulig ressursbesparing.

Hvis vi ser disse årlige gevinstene over investeringsens levetid, ofte vurdert til 40 år, og benytter kommunal deflator for 2026 til diskontering innebærer alternativ 1 og 2 om lag 200 millioner i gevinst, mens alternativ 3 er tett på 300 millioner. Fram til 2040 gir alternativ 3 en samlet estimert besparelse på bemanningskostnader på ca 180 mill. kroner sammenlignet med alternativ 0.

Driftskostnadene knyttet til hver av plassene utgjør normalt 10 til 15 prosent av de totale kostnadene (KOSTRA-funksjon 261: Vedlikehold, renhold, vaktmester, oppvarming og avskrivninger mv). Endringer i de rene driftskostnadene er ikke vurdert. Det er ikke medregnet merkostnad ved opprettholdes av dagens drift for Vindafjordtunet eller Ølen i byggeperioden. En slik ulempe vurderes å være en del av utbyggingskostnaden og holdes utenfor analysen, men styrker ytterligere alternativ 3 med nybygg i Ølen.

5.3 Forventede driftskostnader i nybygg

Når man holder pleiekostnader og bemanning utenfor, er nybygg ofte billigere eller minst like billige å drifte over livsløpet enn gamle sykehjemsbygg, selv om kapitalkostnadene er høyere. Men bildet avhenger veldig av hva man sammenligner:

- gamle bygg med lavt vedlikehold og «utsatt forfall»
- eller gamle bygg som faktisk vedlikeholdes til teknisk standard.

Det er et viktig skille.

I flere kommuner er driftskostnadene til sykehjemsplassene ofte «kunstig billige». I en større utredning fra Steinkjer kommune sammenlignes gamle og nye sykehjemsbygg eksplisitt på FDV-kostnader (forvaltning, drift og vedlikehold), uten pleiedrift. Der står det: «En sammenligning mellom gamle bygg med dagens drift og nye bygg med ny drift er utfordrende da utgangspunktet for sammenligning ikke blir likt. Dagens eksisterende bygningsmasse driftes ikke bærekraftig med tanke på utførelse av løpende vedlikehold og avsetninger til fremtidig vedlikehold. Som et eksempel driftes Egge sykehjem i dag for 600 kr/kvm inkludert renhold. Fratrukket ved eventuell nedleggelse av Egge sykehjem blir dermed kunstig lavt da et bygg ikke kan driftes for 600 kr/kvm i en periode over 40 år. På et nytt bygg er beregnet driftskostnad 1100 kr/kvm, i henhold til Holte prisbase (anerkjent prisbase for budsjettering av FDV-kostnader) og Norsk prisbok. Dette inkluderer avsetning til fremtidig vedlikehold over en 40 års periode.»²

Det samme bildet ser vi en rekke kommuner hvor kostnadene er kunstig lave på grunn av:

- ▶ vedlikehold utsettes
- ▶ tekniske anlegg får forlenget levetid
- ▶ komponenter skiftes først ved havari
- ▶ energiltak ikke gjennomføres
- ▶ kapitalbinding og restlevetid ikke prises riktig.

Når man regner livssyklus kostnader (LCC), blir forskjellen ofte mye mindre, og i mange tilfeller blir de totale kostnadene lavest i nybygg. En slik analyse er ikke en bestilling i dette prosjektet, er heller ikke Agenda Kaupangs primærkompetanse, og er derfor ikke tatt med i denne rapporten. Vi kan imidlertid ikke forventet at en slik analyse vil endre konklusjonen i den økonomiske prioritering av alternativene.

Det kan imidlertid forventes at nybyggene i alternativ 1 og 2 og hele alternativ 3 har større mulighet for velferdsteknologi og automasjon. Dette vil igjen kunne redusere pleiebehovet og ressursbehovet i bemanningsplan. Effekten av dette er utfordrende å kvantifisere og derfor utelatt i analysen. Eksempler på slike muligheter er digital adgangskontroll, moderne SD-anlegg, sensorteknologi, automatikk (eksempelvis lys) med mer

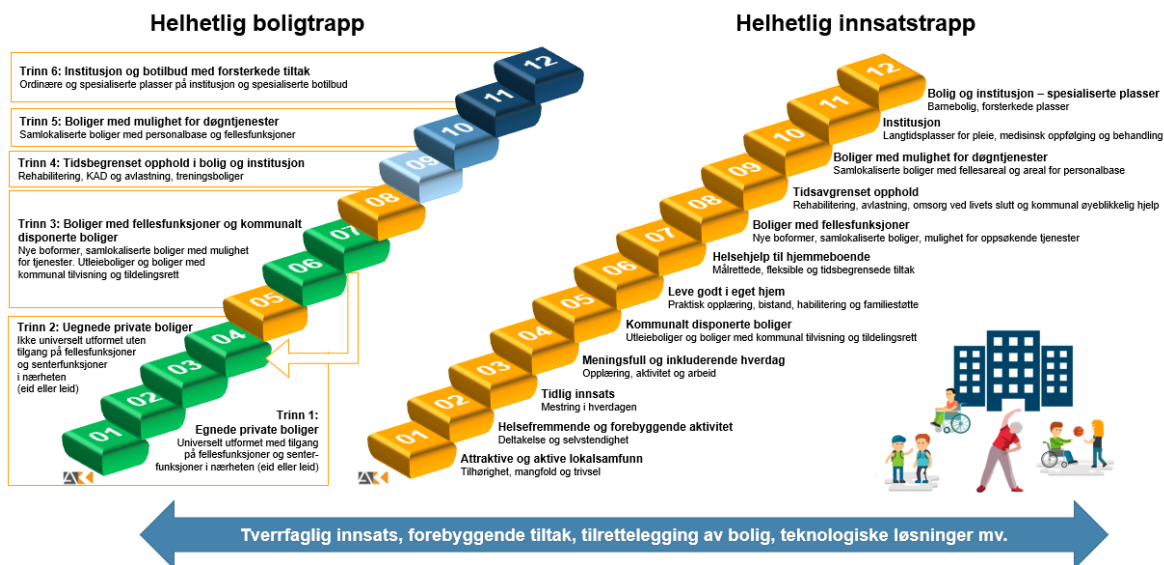
Oslo kommunes erfaringer med nyere demenslandsby-konsepter og moderne sykehjem peker nettopp på at teknologi og bygningsutforming skal bidra til mer effektiv drift av bygget.³

5.4 Utsatt tjenestebehov

Vi har i denne rapporten sett på de økonomiske gevinstene ved å levere tjenestene mer effektivt enn det de alternativt ville bli ytt. Hvis sykehjemets plassering og tjenestetilbud gir nytteverdi for de som ikke er beboere allerede, vil dette kunne utsette behovet for tjenester. Om bruk av sykehjemets aktivitets-, sosiale- eller rehabiliteringstilbud utsetter behovet for sykehjemsplass med for eksempel seks måneder, gir det normalt en ressursbesparelse på 0,5 måneder eller 0,3 årsverk per bruker. Potensialet for slike ringvirkningseffekter vurderes størst i alternativ 2 og 3. En mer trinnvis bruk av de 100 plassene med særlig større andelsmessig bruk som boliger med muligheter for døgntjenester vil også kunne gi store ressursbesparelser:

² https://www.steinkjer.kommune.no/_f/p1/i63be1ee8-5aba-4756-be7b-14d8742d4505/helseaksen-utredning-steinkjerbygg.pdf?utm_source=chatgpt.com

³ https://www.statsforvalteren.no/siteassets/sf-innlandet/04-helse-omsorg-og-sosialtjenester/demenskonferansen/vi-ma-bygge-for-fremtiden---erfaringer-med-byggeprosjekter-i-sykehjemsetaten-oslo.pdf?utm_source=chatgpt.com



Figur 11 Helhetlig innsatstrapp med tilhørende bolig trapp, Kilde Agenda Kaupang. En større bruk av trinn 4 og trinn 5 i boligtrappen vil kunne gi redusert behov for sykehjemsplasser på trinn 6

5.5 Forventede driftseffekter og investeringsnivået må sees i sammenheng

I Figur 10 viser vi til direkte forventede reduserte pleiekostnader i alternativ 1, 2 og 3 på henholdsvis 9, 10 og 14 millioner årlig. Dette kan i seg selv oppfattes som få millioner kroner i en stor investering. Hvis vi ser disse årlige gevinstene over investeringsens levetid, ofte vurdert til 40 år, og benytter kommunal deflator for 2026 til diskontering innebærer alternativ 1 og 2 om lag 200 millioner i gevinst, mens alternativ 3 er tett på 300 millioner. Dette innebærer at en større investering vil være å foretrekke om det fører til større årlige gevinster.

Kommuner har ofte hatt en utfordring med manglende kostnadsdekning for sine og innbyggernes ønske om ressursbruk (pengen strekker ikke til). Agenda Kaupang erfarer at en rekke kommuner de seneste årene, og forventer at flere i årene som kommer, har en enda større utfordring med å evne å rekruttere nok kompetent personell. Hvis derfor ser på investeringen som kroner og gevinstene som personell (reduisert rekrutteringsutfordring) vil alternativ gitt en redusert rekrutteringsutfordring med 9 årsverk årlig eller 353 årsverk over 40 år, mens alternativ 2 gir 10 årsverk eller 394 over 40 år, mens alternativ 3 gir 13 årsverk eller 534 årsverk over 40 år⁴.

Kommunale pleie og omsorgskostnader er alltid en prioritering mellom behov, nytte samt økonomiske og personellmessige ressurser. Hvis vi ser på de årlige ressursbesparelsene som frigjorte ressurser til andre tjenestemottakere vil alternativ 1 kunne gi ambulante hjemmetjenester til 40 personer årlig med 3 timer i uken, alternativ 2 45 personer og alternativ 3 60 personer. For kommuner som ikke har disse ressursene er alternativet å kutte tjenester tilsvarende.

⁴ Ikke diskontert. En diskontering av verdiene, som er litt underlig for årsverk, ville gitt henholdsvis 188, 211 og 285 årsverk

5.6 Vurdering påbygg kontra nybygg

En viktig forskjell mellom alternativ 3 og alternativene med påbygg eller ombygging av eksisterende bygg, er at et nybygg gir mulighet til å utvikle hele tjenestestrukturen ut fra framtidige behov, framfor å tilpasse nye løsninger inn i eksisterende bygningsmessige rammer. Større grad av samlokalisering, moderne bygningsstruktur og integrasjon mellom tjenester gir bedre kvalitet og mer bærekraftige tjenester over tid.

Vi mener at nybygg ofte gir bedre driftseffektivitet også utover bemanning, blant annet gjennom:

- ▶ lavere energibruk
- ▶ mer moderne tekniske anlegg
- ▶ enklere renhold og logistikk
- ▶ bedre drift av kjøkken, vaskeri og fellesfunksjoner
- ▶ redusert framtidig vedlikeholdsbehov.

Det understrekes også at gamle bygg ofte framstår som «kunstig billige» fordi vedlikehold og tekniske oppgraderinger utsettes over tid. Når livsløpskostnader vurderes over 40 år, peker erfaringene i mange kommuner i retning av at nybygg ofte kommer bedre ut økonomisk.

Vurdering av byggeperioden

Agenda Kaupang vurderer at nybygg gir vesentlig mindre risiko og belastning for tjenestedriften i byggeperioden enn utvidelse og ombygging av eksisterende sykehjem.

Ved utvidelse av eksisterende sykehjem må byggarbeider gjennomføres samtidig som ordinær drift opprettholdes tett på beboere og ansatte. Dette medfører normalt:

- ▶ støy og uro for beboere
- ▶ mer krevende logistikk
- ▶ midlertidige flyttinger internt
- ▶ økt belastning for ansatte
- ▶ redusert fleksibilitet i driften
- ▶ større risiko for driftsforstyrrelser.

Agenda Kaupang vurderer derfor at alternativene med ombygging og påbygging innebærer større gjennomføringsmessig risiko enn et nybygg.

Nybygg gir samtidig større forutsigbarhet knyttet til framdrift, tekniske løsninger og kostnader. Ved rehabilitering og ombygging av eldre bygg oppstår det ofte uforutsette forhold underveis, eksempelvis knyttet til tekniske anlegg, bærekonstruksjoner, ventilasjon, brannsikring eller skjulte skader. Dette kan gi både forsinkelser og økte kostnader.

Vurdering av drift etter ferdigstillelse

Agenda Kaupang vurderer at et nytt samlet sykehjem gir vesentlig bedre forutsetninger for effektiv og bærekraftig drift over tid enn utvidelse av eksisterende bygg. Et nybygg gir større frihet til å utvikle hensiktsmessige løsninger både organisatorisk og bygningsmessig.

Dette gjelder særlig:

- ▶ organisering av avdelinger
- ▶ logistikk og personellflyt
- ▶ plassering av funksjoner
- ▶ integrasjon mellom tjenester
- ▶ drift av kjøkken, vaskeri og fellesfunksjoner

- ▶ tilrettelegging for teknologi og automasjon.

Vurdering av bygg og vedlikehold

Agenda Kaupang vurderer at nybygg også gir mer bærekraftig og forutsigbar byggdrift over levetiden. Gamle bygg framstår ofte som billigere i drift enn de faktisk er, fordi vedlikehold og tekniske oppgraderinger over tid utsettes. Et nybygg vil normalt gi:

- ▶ lavere energiforbruk
- ▶ bedre tekniske løsninger
- ▶ mer forutsigbart vedlikehold
- ▶ lavere risiko for tekniske feil
- ▶ bedre inneklima
- ▶ større fleksibilitet for framtidige endringer.

Agenda Kaupang vurderer derfor at forskjellen i driftskostnader mellom gamle og nye bygg over tid sannsynligvis er mindre enn det tradisjonelle FDV-tall isolert sett kan gi inntrykk av.

Større mulighet for teknologi og innovasjon

Nybygg gir vesentlig større frihet til å integrere teknologi og framtidsrettede løsninger fra starten av. Et slikt bygg har de beste forutsetningene for implementering av velferdsteknologi og moderne driftsløsninger.

Eksempler vi vil trekke fram er:

- ▶ digital adgangskontroll
- ▶ moderne SD-anlegg
- ▶ sensorteknologi
- ▶ automatiserte løsninger (renhold, avfall, behandling av tøy mv.)
- ▶ digitale tilsynsløsninger.

Slike løsninger vurderes å kunne bidra både til bedre kvalitet for brukerne og redusert ressursbehov over tid.

6 Agenda Kaupangs anbefaling

Agenda Kaupang anbefaler Vindafjord kommune å gå videre med alternativ 3 «Nybygg sentralt i Ølen» som totalt sett gir den beste tjenesteeffektiviteten

Et nytt samlet sykehjem sentralt i Ølen, framstår som det mest framtidrettede og tjenesteeffektive alternativet av de vurderte løsningene. Alternativet får gjennomgående høyest skår innen kvalitet, ansatte og kompetanse, økonomi, samfunnseffekter og samarbeid mellom tjenester.

Samlet peker analysene tydelig i retning av at alternativ 3 gir de beste forutsetningene for å møte framtidens behov innen helse- og omsorgstjenestene i Vindafjord kommune. Alternativet vurderes å være sterkest både faglig, organisatorisk og økonomisk over tid.

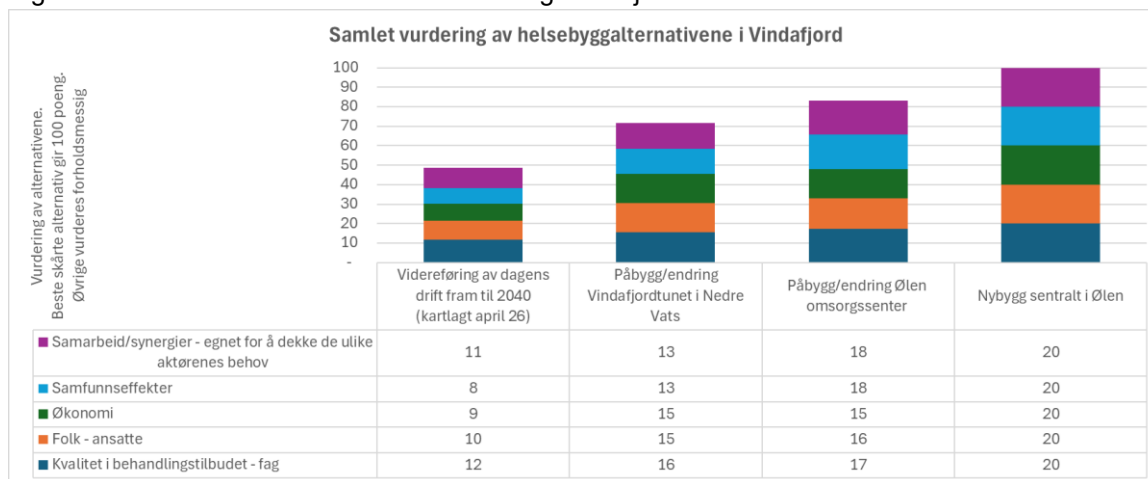
I nybyggets forventede levetid på ca 40 år, vil alternativ 3 gi en samlet estimert besparelse på bemanningskostnader på ca 300 mill. kroner.

Mens alternativ 1 og 2 representerer forbedringer sammenlignet med dagens struktur, vil de fortsatt være preget av begrensninger knyttet til eksisterende bygg, logistikk og bygningsmessige løsninger. Alternativ 3 gir derimot mulighet til å utvikle et moderne og framtidrettet helsebygg tilpasset framtidige krav til kvalitet, kompetanse, teknologi og bærekraftig drift.

Agenda Kaupang vurderer at et nytt samlet sykehjem i Ølen gir flere tydelige fordeler sammenlignet med utvidelse eller ombygging av eksisterende sykehjemsbygg. Vurderingen bygger på erfaringer fra andre kommuner, innspill fra workshoper i prosjektet og analyser av framtidig tjenestebehov, driftseffektivitet og organisatorisk bærekraft.

Den viktigste forskjellen mellom alternativene er at et nybygg gir mulighet til å utvikle et moderne og framtidrettet helsebygg ut fra dagens og framtidens behov, mens utvidelse av eksisterende bygg i større grad innebærer tilpasninger innenfor eksisterende strukturer og begrensninger.

Figuren nedenfor viser den samlede vurderingen av tjeneste-effektiviteten i de fire alternativene:



Figur 12 Agenda Kaupang samlede vurdering av tjenesteeffektiviteten i de fire helsebyggalternativene

Innen hvert delområde er alternativene vurdert opp mot hverandre. Det alternativet som er vurdert som best innen et delområde, er gitt 20 poeng, mens de øvrige alternativene er gitt poeng forholdsmessig ut fra hvordan de er vurdert sammenlignet med det beste alternativet.

Bedre kvalitet og mer moderne pasientforløp

Alternativ 3 vurderes å gi de beste forutsetningene for moderne pasientforløp og helhetlige tjenester. Nybygget får høyest skår på kvalitet i behandlingstilbudet, blant annet fordi løsningen legger bedre til rette for:

- ▶ opplevd trygghet og kvalitet for beboerne
- ▶ aktivitet og sosial deltakelse
- ▶ kapasitet og kvalitet i avlastningstilbudet
- ▶ smittevern og isolering
- ▶ spesialisering og differensiering av tilbud
- ▶ implementering av velferdsteknologi.

Vi vurderer at alternativ 3 gir de beste mulighetene for å utvikle framtidige og mer integrerte pasientforløp, særlig gjennom nærhet til legetjenester, beredskap og øvrige helse- og omsorgstjenester i Ølen. Sammenlignet med alternativ 1, påbygg ved Vindafjordtunet, vurderes alternativ 3 som betydelig sterkere når det gjelder samhandling med andre tjenester, tilgang til sentrumsfunksjoner og nærhet til aktivitetstilbud og hverdagsliv.

Større og kraftigere fagmiljø

Et nytt samlet sykehjem vurderes å gi vesentlig sterkere fagmiljø enn både dagens struktur og alternativene med utbygging i eksisterende bygg. Vi vektlegger særlig:

- ▶ større og sterkere fagmiljø
- ▶ bedre samhandling mellom tjenester
- ▶ økt fleksibilitet i bemanning
- ▶ styrket evne til å møte framtidige behov.

Alternativ 3 får høyest skår på rekruttering av fagkompetanse, tilgjengelig kompetanse, sikkerhet på arbeidsplassen og fleksibel bruk av personalet. Dette er særlig viktig i lys av framtidens rekrutteringsutfordringer innen helse- og omsorgstjenestene. Vi fremhever at mange kommuner framover vil få større utfordringer med å rekruttere tilstrekkelig kompetent personell, og at bygg og organisering derfor må bidra til bedre ressursutnyttelse og mindre sårbare fagmiljøer.

Bedre bemanningseffektivitet og lavere ressursbehov

Om investeringskostnaden ved nybygg er høyere kan dette til en viss grad forsvares med lavere driftskostnader. Beregningene viser at nybygget kan redusere behovet for pleierettet personell og ledelse med om lag 14 millioner kroner årlig sammenlignet med videreføring av dagens struktur. Dette er 4-5 mill. kroner høyere bemanningseffektivitet enn våre beregninger av både alternativ 1 og 2.

Årsakene til dette er blant annet:

- ▶ mer effektiv arealutforming
- ▶ bedre personellflyt
- ▶ færre små og sårbare enheter
- ▶ redusert behov for nattbemanning
- ▶ større muligheter for teknologi og automasjon
- ▶ mer fleksibel bruk av ansatte på tvers av avdelinger.

I alternativ 3 legges det eksempelvis til grunn fire nattevakter, mens alternativ 1 og 2 sannsynligvis vil kreve fem nattevakter.

Agenda Kaupang vurderer at moderne og mer kompakte løsninger vil kunne gi:

- ▶ bedre driftseffektivitet
- ▶ mer fleksibel bruk av ansatte
- ▶ mindre sårbar drift
- ▶ redusert behov for innleie og vikarbruk
- ▶ lavere ressursbruk til nattbemanning
- ▶ bedre samhandling mellom tjenester.

De økonomiske analysene viser at alternativ 3 forventes å gi størst årlig innsparing knyttet til pleierettet personell og ledelse, anslått til om lag 14 millioner kroner årlig sammenlignet med dagens struktur. Dette er høyere enn ved både alternativ 1 og alternativ 2.

Agenda Kaupang vurderer samtidig at nybygg gir de beste forutsetningene for implementering av velferdsteknologi og framtidige digitale løsninger. Dette omfatter blant annet:

- ▶ digital adgangskontroll
- ▶ sensorteknologi
- ▶ moderne SD-anlegg
- ▶ automatiserte løsninger
- ▶ digitale tilsynsløsninger.

Slike løsninger vurderes å kunne bidra både til bedre kvalitet i tjenestene og redusert ressursbehov over tid.

Styrker samfunnsutvikling og attraktivitet

Alternativ 3 får også høyest skår på samfunnseffekter. Særlig framheves:

- ▶ utvikling av lokalsamfunnet
- ▶ redusert miljøbelastning
- ▶ positivt omdømme
- ▶ nærhet til kollektivtransport og sentrumsfunksjoner
- ▶ bedre tilgjengelighet for pårørende og frivillighet

Rapporten peker på at et nytt samlet sykehjem i Ølen kan bli en viktig del av en mer helhetlig bolig- og tjenesteutvikling i kommunen, der helsebygg, boliger med mulighet for døgntjenester, private boliger, aktivitetstilbud og øvrige sentrumsfunksjoner sees i sammenheng.



Figur 13 God stedsutvikling som har betydning for helse og livskvalitet forutsetter nærhet til sentrale tettstedsfunksjoner, Kilde Folkehelsebarometeret FHI